



ESTeSC

Escola Superior de Tecnologia
da Saúde de Coimbra

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Mestrado em Educação para a Saúde

O papel do educador num programa de promoção e educação para a saúde na “Equipa de Rua Reduz”

Maria de Fátima Silva dos Anjos

2014

Mestrado em Educação para a Saúde

**O papel do educador num programa de promoção e educação para a
saúde na “Equipa de Rua Reduz”**

Maria de Fátima Silva dos Anjos

Escola Superior de Educação de Coimbra

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

AGRADECIMENTOS

O meu percurso académico tornou-se uma sucessão de etapas com objectivos a atingir e graus de exigência cada vez mais elevados. Ao longo da minha vida valorizei e agradei a todas as pessoas que me orientaram e que me ajudaram a encontrar em mim o que de melhor possuo, encontrando-me sempre num processo de crescimento e desenvolvimento.

Este trabalho constituiu mais uma empreitada que, além de me realizar como aluna, ajudou-me a crescer enquanto pessoa, em todas as dimensões, foi um grande desafio e com ele consegui atingir a realização pessoal que há muito ansiava.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Ana Paula Amaral e ao meu coorientador Professor Doutor João Relvas pela orientação do projecto.

Este projecto é especialmente dedicado ao meu mano, porque foi um herói em conseguir deixar as garras da toxicodependência. Hoje é um ser humano de “luz”, que se reintegrou no Universo como pessoa bem formada, estruturada e que aprendeu e desenvolveu ferramentas de orientação para dar continuidade ao seu projecto de vida. Parabéns mano! Apesar de ser uma luta difícil e muito desgastante, foi para mim uma nova descoberta, a de querer “abraçar” a área da toxicodependência.

Agradeço aos meus amigos, que com eles partilhei a minha experiência deste projecto, as minhas tristezas, as minhas inseguranças, as minhas alegrias e a esperança de ir até ao final deste Mestrado. Com o apoio incondicional dos meus amigos consegui ultrapassar todos os obstáculos e deram-me força para não desistir. Tenho a agradecer à minha melhor amiga e “cara-metade”, que me acompanha desde a licenciatura, Ana Rita Brandão, que teve uma grande participação, ao me ajudar e me dar algumas orientações e ideias ao longo deste projecto; ao meu namorado – “Meco”, que é o meu melhor amigo, que me deu força e muitas vezes me deu ânimo para continuar; à minha mana, que teve uma participação fundamental na óptica do utilizador; aos meus pais; aos meus colegas de trabalho, especialmente ao meu grupo de amigas Terapeutas de Radioterapia: Dr.^a Carla Bizarro, Dr.^a Célia Louro, Dr.^a Teresa Pessegueiro e Dr.^a Paula Faria, bem como ao Assistente Administrativo Eurico Gerardo. Também um agradecimento muito grande às pessoas que participaram na dinamização de algumas das minhas actividades do projecto: Terapeuta Carla Bizarro e Carlos Gambôa. É de referir o apoio das Estagiárias Joana

Marques e Joana Carramanho, do curso de Ciências de Educação da Faculdade de Psicologia de Coimbra, que comigo estiveram, também, a estagiar. Foi muito gratificante, porque houve muita cooperação entre nós nas actividades que foram realizadas com os utentes. Tivemos um grande apoio por parte da Equipa Técnica da Equipa de Rua REDUZ, nomeadamente agradeço: à Dr.^a Manuela Lopes, coordenadora do núcleo da Equipa Técnica do Terreiro da Erva; à Psicóloga Dr.^a Sofia Ortet; à Assistente Social Dr.^a Marta Santos; à Dr.^a Patrícia Pinto e ao Dr. José Mota, Animadores Sociais; e ao Monitor Ivo Matias... o meu muito obrigado a toda esta equipa, que me recebeu com muito carinho e que ao longo deste tempo me tem apoiado neste projecto. Também agradeço o convite que me foi feito para prestar trabalho de voluntariado, que neste momento estou a desempenhar na Instituição.

Por fim, expresso o meu profundo apreço aos meus utentes da equipa de Rua REDUZ que, apesar de andarem nas “trevas” da droga, sem eles nada faz sentido. Tenho esperança que alguns deles estejam abertos à mudança, uma vez que conhecem o meu irmão e que nele viram um bom exemplo.

*“Mesmo desacreditado e ignorado por todos,
não posso desistir, pois para mim vencer é nunca desistir.”*

ALBERT EINSTEIN

RESUMO

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Escola Superior de Educação de Coimbra, com o objectivo de contribuir para a definição do papel do educador para a saúde na redução de riscos e minimização de danos e, ao mesmo tempo, apoiar os toxicodependentes na construção de um estilo de vida saudável e contribuir para a melhoria da sua autoestima. A acção foi implementada junto de dezasseis utentes da “Equipa de Rua Reduz”, da Caritas Diocesana de Coimbra, sobretudo toxicodependentes, trabalhadores do sexo, sem-abrigo, mas também outras vítimas de exclusão social, que voluntariamente participaram nas actividades propostas.

Foram realizadas acções de promoção da saúde física, sobre os seguintes temas: cuidados de higiene e alimentação, prestação de assistência em caso de *overdose* e prevenção de doenças oncológicas. Procurou-se ainda melhorar a autoconfiança dos participantes através da terapia pela arte e aproximar os toxicodependentes da comunidade envolvente através da limpeza dos locais de consumo. As actividades foram avaliadas através de inquéritos por questionário e conversas informais com os adictos. No processo de avaliação foi possível verificar a alteração de alguns comportamentos, cumprindo objectivos, bem como observar a satisfação dos utentes com a sua participação activa nas actividades. Foram ainda aplicadas entrevistas a membros da “Equipa Reduz”, que contribuíram, embora não na medida desejada, para identificar as funções do educador para a saúde numa equipa de redução de danos.

Para além do trabalho já realizado por estas instituições, de sensibilização para prevenção de doenças infecciosas, o educador pode diversificar as respostas educativas das equipas, trabalhando outras questões relativas à saúde física, mental e social dos adictos, como foi o caso das actividades realizadas ao longo do projecto. Cabe ainda ao educador aproximar-se dos toxicodependentes, de modo a melhor conhecer as suas necessidades e adaptar a elas os objectivos do seu trabalho. Por último, o educador pode apoiar os toxicodependentes na aquisição de autonomia e no respeito pelas regras institucionais, contribuindo para a resolução de um dos maiores desafios das instituições de redução de danos.

PALAVRAS-CHAVE: toxicodependência, redução de danos, educação para a saúde

ABSTRACT

The present work was elaborated in the ambit of the Masters Degree in Health Education, of the Escola Superior de Tecnologia da Saúde and Escola Superior de Educação de Coimbra, with the objective of contributing to the definition of the roles of the health educator personnel in the risk reduction and damage minimization and, at the same time, supporting the drug-addicts in building a healthier life style and contributing to the improvement of they're self-esteem. This action was implemented in sixteen patients, of the "Equipa Reduz", of the Caritas Diocesana de Coimbra, most of the subjects were drug-addicts, sex workers, homeless, but also other victims of social exclusion, that willingly participated in the proposed activities.

Physical health activities about the following topics were promoted: hygiene care and nourishment, first aid care in overdose cases and prevention of oncologic disease. It was also made a great effort in improving the self-confidence of the participants through art therapy and by approaching the drug-addicts to the surrounding community by cleaning the consumption places. The activities were evaluated though inquires and informal talks with the drug-addicts. On the process of evaluation it was also possible to verify a change on some behaviors, accomplishing this way the proposed objectives. It was also possible to observe satisfaction on the patients with they're active participation on the activities. Interviews were also made to the members of "Equipa Reduz", that contributed, all through not in the desired way, to identify the role of the health educator in a damage reduction situation.

Beyond the work already developed by these institutions, in the awareness to prevent infectious diseases, the educator can diversify the educational responses of the teams, working on other issues related to the physical, mental and social health of the addicts, like the activities performed during this project. It's up to the educator to come closer to the drug-addicts, in order to know better they're needs and to adapt them to the objectives of this work. Last but not least the educator can support the drug-addicts in the acquisition of autonomy and respect for the institutional rules, contributing this way for a resolution of one of the biggest challenges of the institutions on the damage reduction situation.

KEY-WORDS: drug addiction, damage reduction, health education

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA.....	2
1.1. A INSTABILIDADE EMOCIONAL DO TOXICODEPENDENTE.....	2
1.2. A RELAÇÃO DO TOXICODEPENDENTE COM A FAMÍLIA, A SOCIEDADE E OS PROFISSIONAIS QUE COM ELE TRABALHAM.....	5
1.3. NÍVEIS DE PREVENÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA.....	5
2. ORIGENS E CONCEITO DE REDUÇÃO DE DANOS	6
3. FUNDAMENTOS DA REDUÇÃO DE DANOS.....	7
3.1. FRACASSO DOS TRATAMENTOS TRADICIONAIS	8
3.2. FRACASSO DAS POLÍTICAS REPRESSIVAS.....	9
3.3. LIMITAÇÕES DA REDUÇÃO DE DANOS.....	10
4. PERCURSO PORTUGUÊS EM MATÉRIA DE REDUÇÃO DE DANOS	11
4.1. HISTÓRIA DA REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL.....	12
4.2. CARACTERÍSTICAS DOS PROJECTOS DE REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL	13
4.3. UM PROJECTO DE REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL.....	15
5. A EDUCAÇÃO NA DIVERSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DE REDUÇÃO DE DANOS	18
PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	21
1. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	21
2. METODOLOGIA E OBJECTIVOS DO PROJECTO	23
3. POPULAÇÃO-ALVO	24
4. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES	25
5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ACTIVIDADES	29
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXO I: <i>WORKSHOP</i> DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	41
I.I. PLANO DE SESSÃO.....	43
I.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	45
I.III. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	49
I.IV. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	55

I.V. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	59
ANEXO II: SESSÃO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS.....	61
II.I. PLANO DE SESSÃO	63
II.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO.....	65
II.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO.....	69
II.V. FOLHETOS INFORMATIVOS: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	79
ANEXO III: SESSÃO SOBRE DOENÇAS ONCOLÓGICAS.....	81
III.I. PLANO DE SESSÃO	83
III.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	85
III.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	89
III.IV. DOCUMENTO POWER-POINT: DOENÇAS ONCOLÓGICAS.....	93
ANEXO IV: AULA DE PRIMEIROS SOCORROS.....	123
IV.I. PLANO DE SESSÃO.....	125
IV.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	127
IV.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	131
IV.IV. DOCUMENTO WORD: SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....	135
ANEXO V: TERAPIA PELA ARTE (CONSTRUÇÃO DE DIDGERIDOO).....	137
V.I. PLANO DE SESSÃO	139
V.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	141
V.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	147
ANEXO VI: RECOLHA DE MATERIAIS DE CONSUMO	153
VII.I. PLANO DE SESSÃO.....	155
VII.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO	157
VII.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	161
ANEXO VII: ENTREVISTAS	165
VII.I. GUIÃO DE ENTREVISTA	167
VII.II. ENTREVISTA AO DR. JOSÉ MOTA (ANIMADOR SOCIAL).....	169
VII.III. ENTREVISTA À DR. ^a PATRÍCIA PINTO (ANIMADORA SOCIAL) E À DR. ^a MARTA SANTOS (ASSISTENTE SOCIAL)	175
ANEXO VIII: OUTROS ANEXOS.....	177
VIII.I. FOLHETO DO PROJECTO GAT-UP, ACTUAL EQUIPA DE RUA REDUZ.....	179
VIII.II. FOTOGRAFIAS DA INSTITUIÇÃO.....	181
VIII.III. FOTOGRAFIAS DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	183

SIGLAS

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

CRI – Centro de Respostas Integradas

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ENLCD – Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

ESEC – Escola Superior de Educação de Coimbra

ESTESC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ONG – Organizações Não Governamentais

PNTS – Plano Nacional de Troca de Seringas

PRI – Plano Operacional de Respostas Integradas

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

RSI – Rendimento Social de Inserção

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Para o toxicodependente é demasiado difícil lidar com as consequências da abstinência exigida pelos programas de tratamento. Este facto, aliado ao crescimento da epidemia do VIH/SIDA nos anos 80, conduziu à criação de uma nova estratégia para lidar com o problema: a redução de riscos e minimização de danos.

Trata-se de uma estratégia que não condena o consumo, preocupando-se apenas em prevenir ou tratar os efeitos negativos da adição. Esses efeitos afectam a saúde física, mental e social do toxicodependente. São exemplos de estratégias de redução de danos a troca de seringas, para prevenção de doenças infecciosas, ou o apoio jurídico, para resolução de problemas com a justiça.

A redução de riscos e minimização de danos sempre se serviu de estratégias de educação para a saúde, como as campanhas de sensibilização sobre doenças infecciosas ou sobre o uso de preservativos. Nos dias de hoje consideram-se estas estratégias insuficientes e demasiado distantes da realidade da vida dos toxicodependentes. No sentido de perceber de que modo o educador para a saúde se deve adaptar a estas novas exigências e levar a cabo o seu trabalho numa instituição de redução de danos, realizou-se o presente relatório de projecto de Mestrado em Educação para a Saúde.

As acções foram realizadas junto da “Equipa de Rua Reduz”, da Cáritas Diocesana de Coimbra, com o objectivo de melhor delimitar e compreender o trabalho do educador para a saúde numa instituição de redução de danos decorrentes da toxicodependência. Para tal, procurou-se implementar sessões experimentais de educação para a saúde e auscultou-se a opinião dos profissionais da instituição sobre a temática.

Deste documento faz parte o enquadramento teórico sobre a toxicodependência em geral e sobre a redução de danos em particular, no que diz respeito às suas origens, princípios e limitações. Aborda-se o trabalho das instituições de redução de danos em Portugal e as novas estratégias educativas propostas para a redução dos danos da toxicodependência. Faz ainda parte a descrição da metodologia e dos objectivos específicos das actividades levadas a cabo na instituição, bem como dos resultados e conclusões retiradas sobre o papel do educador numa instituição de redução de danos.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA

Antes de tecer qualquer consideração sobre o papel do educador para a saúde na redução de riscos e minimização dos danos da toxicodependência, convém descrever alguns aspectos da relação do toxicodependente com a droga e com o mundo que o rodeia, bem como o trabalho levado a cabo pelas instituições que se dedicam a este problema.

A toxicodependência é um estado de intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo voluntário e repetido de uma droga. Caracteriza-se por: a) um desejo compulsivo de obter e continuar a consumir, apesar das más consequências; b) uma necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito; c) uma dependência física e/ou psíquica da droga, cujos sinais se manifestam na ausência do consumo (Pinto-Coelho, 2001; Rodrigues, *s.d.*; Averbach, Wypijewska & Brodie, 1994). Convém referir que um utilizador de drogas não é um toxicodependente. Isto é, se o consumo não apresenta as características de dependência referidas, não estamos perante um toxicodependente (Patrício, 1991).

O fenómeno da toxicodependência tem uma evolução que geralmente se caracteriza por três fases: a) a fase de «*flash*» ou «lua-de-mel»: o iniciante obtém um grande prazer com o consumo e, como ainda não precisa de muito dinheiro, não sente grandes dificuldades; b) a fase de «planalto»: o utilizador ainda sente efeitos agradáveis, mas não com a mesma intensidade, por mais que aumente as doses; e c) a fase de «descida»: o toxicodependente consome, não para obter prazer, mas apenas para não sentir os efeitos desagradáveis da ressaca. É nesta última fase que costumam surgir os problemas com a polícia ou problemas de saúde. A maioria dos adictos só procura assistência perante o desespero da terceira fase (Pinto-Coelho, 2001; Hapetian, 1997).

1.1. A INSTABILIDADE EMOCIONAL DO TOXICODEPENDENTE

Uma das principais questões que se coloca quando se fala em toxicodependência é a da origem ou causa dos consumos. É uma questão difícil de determinar, uma vez que cada caso é diferente e vários factores podem ter influenciado um mesmo caso.

Muitos casos de toxicodependência têm início na adolescência, na fase de construção da identidade. Por isso, alguns autores acreditam que o adolescente procura na

droga a construção da sua identidade. Não se identificando com a linguagem e valores das gerações precedentes, ele tenta afastar-se delas. Contudo, a ausência dos pais deixa a descoberto a fragilidade do «eu». O jovem, aliciado por uma sociedade do consumo, poderá procurar substituir a sua identidade por uma identidade grupal, sendo o consumo uma das condições para a identificação com o grupo (Pinto-Coelho, 2001; Rebelo 2008).

O Relatório da Comissão para a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999, citado por Pinto-Coelho, 2001; Silva, 2004; Pacheco *et al*, 2009) identificou como factores de risco os seguintes: a) insucesso escolar; b) comportamentos violentos na infância; c) experimentação de drogas em idade precoce; d) pouca resistência à pressão do grupo de pares na adolescência; e) baixa autoestima; f) precariedade económica do agregado familiar; g) famílias desagregadas; h) falta de carinho e envolvimento emocional na infância; i) expectativas irrealistas dos pais em relação ao desempenho da criança; j) frequência de estabelecimentos de ensino com falta de instalações de lazer; l) mau ambiente escolar, entre outros. Muitos dos factores que contribuíram para a iniciação no consumo permanecem ou até se agravam com o decorrer dos anos como toxicodependente. O mesmo relatório considera factores protectores, que diminuem a probabilidade de iniciar a toxicodependência, os seguintes: a) autoestima elevada; b) capacidade de resolução de problemas; c) competências de relacionamento interpessoal; d) expectativas de sucesso realistas; e) famílias com bons padrões de comunicação e afecto; f) famílias sem história de consumo de drogas; g) escolas que envolvam os alunos nas actividades, entre outros.

De modo geral, os toxicodependentes mostram-se convictos de que conseguem abandonar o consumo quando quiserem, sem necessitarem de tratamento. Contudo, só tardiamente reconhecem que não conseguem lidar com o sofrimento físico e sobretudo psicológico, provocado pela abstinência (Hapetian, 1997).

Os toxicodependentes são exímios na manipulação, na chantagem afectiva e na divisão. Manipular significa colocar as pessoas numa situação em que não têm alternativa senão fazer o que ele quer. Manipulam sobretudo os familiares, mas também os médicos e terapeutas. A chantagem afectiva consiste em servirem-se dos sentimentos de culpa, afecto e pena para exigirem contrapartidas, nomeadamente dinheiro para o consumo. O toxicodependente divide a família para desviar a atenção da sua pessoa e para aproveitar as fraquezas de cada um (Hapetian, 1997).

O toxicodependente tem baixa autoestima, que pode ter origem anterior ao consumo ou ser consequência do facto de não gostar daquilo em que se transformou. Por essa razão, é importante valorizá-lo e elogiá-lo. Uma pessoa com baixa autoestima cede facilmente a pressões externas, enquanto que uma boa autoestima a leva a pensar pela própria cabeça (Pinto-Coelho, 2001).

O toxicodependente nutre pela droga um sentimento muito forte, semelhante à paixão amorosa. As pessoas que antes eram significativas na sua vida, agora só têm interesse na medida em que lhe permitirem continuar a consumir. Por consequência, o toxicodependente sente solidão. Não tem amigos verdadeiros, porque se afasta daqueles que não o querem ver consumir. Apenas os companheiros de consumo, os *dealers* e os que lhe comprem o que rouba o procuram. Contudo, é importante que os outros dialoguem com o toxicodependente, no sentido de o ajudarem (Hapetian, 1997).

O toxicodependente sente-se frustrado, porque não consegue realizar os seus sonhos e objectivos, por estar dependente do produto. Todos nós sentimos frustrações mas, para o toxicodependente, a mais pequena das frustrações é um obstáculo intransponível. Ele sente medo, devido à insegurança e falta de autoestima, e utiliza a droga como escudo contra todos esses sentimentos que o perturbam (Hapetian, 1997).

O toxicodependente caracteriza-se pelo imediatismo, quer tudo «*aqui e agora*». Tem de consumir naquele lugar, naquele mesmo instante. Ele procura prazer na droga. Contudo, ela não é a remédio milagroso contra o desprazer que esperava.

O toxicodependente sente raiva: a) de si próprio: porque não consegue parar de consumir e porque pratica actos pouco edificantes para conseguir a droga; b) dos familiares: porque lhe dificultam a vida ou porque os culpa pelo seu consumo; c) dos amigos: porque o abandonaram ou porque são falsos e só se querem servir dele; e d) da sociedade em geral: porque o marginaliza e persegue. Sente ainda tédio, desmotivação. O prazer da droga não dura para sempre, deixando depois um grande vazio. Ele não consegue apreciar nada do que acontece, tudo o aborrece, preocupado que está em arranjar dinheiro para o consumo (Hapetian, 1997).

1.2. A RELAÇÃO DO TOXICODEPENDENTE COM A FAMÍLIA, A SOCIEDADE E OS PROFISSIONAIS QUE COM ELE TRABALHAM

A toxicodependência pode ser entendida, simultaneamente, como causa e consequência de problemas familiares. O comportamento do filho adicto faz sem dúvida sofrer os pais, contudo, apesar do sofrimento, os pais vão involuntariamente comportar-se de um modo que encoraja a toxicodependência do filho. Sobretudo as mães têm uma atitude ambígua: “protegem os comportamentos transgressivos ou irresponsáveis dos filhos, ao mesmo tempo que se queixam deles” (Geismar-Wieviorka, 1999, p.66).

Muitos pais comunicavam pouco ou não comunicavam com os filhos desde cedo. E o consumo só veio dificultar mais essa comunicação. Sem falarem com os filhos, os pais não conseguem ajudá-los. Os filhos, por seu lado, podem recusar esse contacto, deixando nos pais um sentimento de impotência e de desespero.

A sociedade pode ter, também, a sua parcela de culpa em relação à toxicodependência, uma vez que os valores que transmite aos jovens são os do consumo e da procura de prazer sem esforço ou sofrimento. Claro que será um factor entre factores.

Após o início da toxicodependência a sociedade também não actua como um suporte: marginaliza. Face ao seu rótulo de toxicodependente, o sujeito habitua-se e cria também um sentimento de indiferença em relação ao mundo exterior (Pinto-Coelho, 2001).

Quanto aos profissionais que intervêm na área da toxicodependência, estes devem estar bem conscientes das características do público com que trabalham. Devem mostrar-se abertos, conhecedores de uma cultura *underground*, mas impondo sempre as regras necessárias. Devem ser cuidadosos, pois os adictos são mestres nas artes de sedução, chantagem, ameaças, etc. É importante que o profissional não deixe que o trabalho recaia todo sobre si, devendo mostrar ao adicto que é sobretudo do esforço dele que depende o sucesso, quer de um programa de redução de danos, quer de um tratamento.

1.3. NÍVEIS DE PREVENÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA

A redução do problema da toxicodependência passa por uma luta que inclui três tipos de prevenção: a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária diz respeito ao conjunto de acções que visam reduzir o risco de aparecimento de novos casos de toxicodependência, apelando para tomadas de decisão conscientes (Silva, 2004). Passa pela educação e informação e por uma legislação que não facilite o consumo (Geismar-

Wieviorka, 1999). Um exemplo de uma acção de prevenção primária seria a sensibilização dos jovens nas escolas em relação ao problema.

A prevenção secundária consiste em reduzir ou travar a evolução da toxicodependência. É o tratamento, que se inicia com um programa de desintoxicação ou desabilitação física, tendo o toxicodependente que superar os sintomas da síndrome de abstinência. O tratamento visa a recuperação completa, embora se saiba hoje em dia que alguns dos efeitos permanecerão cronicamente e que a recaída pode acontecer a qualquer altura. Por fim, a prevenção terciária diz respeito à redução de danos, como evitar as doenças infecciosas ou a perturbação do bebé durante a gravidez da mãe adicta (Roque, 2011; NPNUI, 2007).

2. ORIGENS E CONCEITO DE REDUÇÃO DE DANOS

A crescente propagação, na década de 80, do VIH/SIDA e dos vários tipos de hepatite, bem como o reconhecimento da ineficácia das estratégias tradicionais de tratamento da toxicodependência, estiveram na origem da redução de danos (Pimenta & Rodrigues, 2006; Marlatt, 1999).

Contudo, a sua origem pode ser remetida a um período anterior. Em 1926, na Inglaterra, os profissionais de saúde já prescreviam opiáceos aos usuários pois, embora a abstinência fosse a solução ideal para o problema, a prescrição era entendida como menos danosa para a saúde dos indivíduos e mais útil à vida em sociedade (Feffermann & Figueiredo, 2006).

Nos anos 70, na Holanda, começou a estruturar-se uma política mais tolerante às drogas. As organizações de utilizadores de psicoactivos tiveram um papel fundamental no lançamento de políticas de redução de danos. A *Jonkiebond*, uma organização de consumidores, foi pioneira, lutando pela existência de um programa de troca de seringas e pelo acesso a outros equipamentos sociais em Amesterdão, em 1984, devido ao aumento dos casos de hepatite (Fernandes & Ribeiro, 2002; Fernandes, 2009; Marlatt, 1999).

Os governos europeus não puderam ficar indiferentes às consequências para a saúde pública da toxicodependência nestes anos e, pouco a pouco, foram reconhecendo que os toxicodependentes não conseguem, em muitos casos, suportar os efeitos da abstinência, vista até então como a única solução. Iniciou, por isso, a construção de uma nova estratégia: a redução de riscos e minimização de danos (RRMD).

A redução de riscos e minimização de danos é uma política social que visa diminuir ou controlar os efeitos negativos do consumo de drogas. Esses efeitos podem ser prejuízos individuais e, nesse sentido, fala-se de redução de danos, ou efeitos negativos para a saúde pública, sendo matéria de redução de riscos (Fernandes & Ribeiro, 2002).

De modo geral, a política de redução de danos é uma medida que visa “reduzir prejuízos individuais para prevenir riscos colectivos” (Barbosa, 2011, p.75). Por exemplo, será um dano individual o efeito do VIH na saúde de um toxicodependente, e um risco colectivo a possibilidade de ele transmitir o vírus a um parceiro sexual.

A noção de risco está associada às escolhas individuais, ou seja, as opções de cada um podem ter consequências negativas. No entanto, trabalhar em redução de danos implica viver fora do campo dos ideais: não importa se determinado comportamento é certo ou errado, mas sim se é seguro ou prejudicial (Feffermann & Figueiredo, 2006; Fischer *et al*, 2004). Implica também considerar o problema da droga como parte integrante da actual sociedade do risco. Ou seja, na impossibilidade de erradicar o problema, procura-se geri-lo de modo a minimizar as suas consequências (Fernandes, 2009).

São exemplos de riscos alvo de preocupação do trabalho de redução de danos: a) a possibilidade de contrair doenças infecciosas, devido à partilha de seringas e ao uso de água imprópria para a diluição da droga; b) a *overdose*, devido ao excesso de consumo ou ao consumo da droga em estado quase puro; c) riscos de violência, quer pela intervenção policial, quer pela disputa das doses entre os usuários, entre outros (Deslandes *et al*, 2002).

No sentido de reduzir esses riscos individuais e colectivos, as equipas de redução de danos levam a cabo diversas actividades, tais como: a troca de seringas, a distribuição de preservativos, a divulgação de informação sobre os riscos do consumo e dos comportamentos sexuais desprotegidos, o rastreio de doenças infecciosas, o apoio na obtenção de benefícios sociais e no acesso a bens de necessidade básica, o apoio na resolução de problemas legais, entre outras (Barbosa, 2011; Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Romaní, 2008).

3. FUNDAMENTOS DA REDUÇÃO DE DANOS

Os defensores da redução de danos argumentam que a existência de uma sociedade livre de drogas é impossível e, portanto, “declarar guerra” a este problema, através de

tratamentos ou medidas repressivas, não é solução (Feffermann & Figueiredo, 2006; Morais, 2008).

A redução de danos tornou-se opção quando outras medidas falharam e, é precisamente nas falhas dessas práticas que se encontram muitos dos fundamentos da redução de danos.

3.1. FRACASSO DOS TRATAMENTOS TRADICIONAIS

A toxicodependência foi outrora considerada doença mental e objecto de tratamento em instituições psiquiátricas, através da acção sedativa de medicamentos. Estas instituições recebiam os rejeitados da sociedade (Morais, 2008). Os comportamentos desviantes eram vistos como irracionais, já que o indivíduo não tinha capacidade de fazer a escolha certa. Mais tarde, a toxicodependência passou a ser vista, também, como consequência de problemas sociais (Deslandes *et al*, 2002), passando os tratamentos a incidir sobre estes aspectos, mas mantendo a percepção do usuário como doente.

Os tratamentos, para além da ideia de passividade do usuário, focaram-se quase exclusivamente no objectivo da abstinência, do mundo livre de drogas. A frequência de um programa de desabituação tornou-se, e ainda hoje é em muitos casos, condição essencial para a entrada numa instituição de tratamento (Queiroz, 2001). Contudo, a imposição da abstinência de forma autoritária e repressiva não surte o efeito desejado, reforçando a instalação do mal-estar e levando o sujeito a retomar o consumo.

Para os usuários é demasiado difícil suportar as consequências da abstinência e as crises e recaídas parecem tornar esse objectivo inalcançável. Para além disso, a recaída pode ser considerada fraqueza e, portanto, gerar sentimentos de culpa e vergonha (Morais, 2008).

Por todas estas razões, a abstinência não é condição essencial para a entrada e permanência num programa de redução de danos. Mas isto não significa que a redução de danos e a abstinência sejam finalidades opostas (Marlatt, 1999; NPNU, 2007).

Num programa de redução de danos, estabelecem-se metas realistas em função das necessidades e motivação do consumidor. O objectivo pode ser apenas manter a pessoa viva, manter a sua saúde actual ou torná-la saudável, através da abstinência (Andrade *et al*,

2007). Se a abstinência é o fim desejável de um tratamento, jamais pode ser condição essencial para a entrada no mesmo.

Muitos dos consumidores que frequentam os programas de desabitação acabam por voltar a consumir. Aliás, muitos utilizam a desabitação para diminuir o nível de tolerância à droga consumida. Nenhum dos tratamentos existentes, incluindo até a inserção em comunidade terapêutica, se mostrou determinante para o abandono do consumo. Apenas alguns consumidores conseguem atingir esse objectivo e, por vezes, isso verifica-se até em programas de redução de danos (Andrade *et al*, 2007).

Os objectivos devem reflectir as vontades dos consumidores e não as vontades dos técnicos, como muitas vezes acontece, tornando a redução de danos numa intervenção mais horizontal. O consumidor tem vindo a deixar de ser apenas objecto de terapia, para passar a ser actor da intervenção, podendo decidir da sua relação com a droga, sem perder o direito à assistência (Fernandes, 2009; NPNUI, 2007).

Os programas de redução de danos, pela intervenção no terreno, vieram confrontar o teorismo do trabalho terapêutico de gabinete. A aproximação à realidade é maior, quando comparados com o tratamento em comunidade terapêutica, criticado por criar, dentro do espaço institucional, condições que os toxicodependentes não encontram depois na vida em sociedade (Queiroz, 2001).

3.2. FRACASSO DAS POLÍTICAS REPRESSIVAS

A luta contra a droga não se restringiu à criação de instituições de tratamento. Incluiu também medidas proibitivas do consumo, rotulando o toxicodependente não só como doente, mas também delinquente (Marlatt, 1999).

Esta prevenção negativista contribuiu para o aumento da marginalização social dos toxicodependentes (Morel *et al*, 2001) e não surtiu efeitos de diminuição do consumo. Pelo contrário, os mercados das drogas adaptaram-se ao proibicionismo, criando estratégias de consumo muito mais portadoras de risco para os consumidores do que as substâncias em si (Fernandes & Ribeiro, 2002).

A proliferação de leis e normas proibitivas do consumo aumentou consideravelmente o número de consumidores nas prisões e o crime organizado, gerando um novo problema. Actualmente, numa lógica de redução de danos, através do apoio

jurídico, procura-se substituir as políticas repressivas com penas alternativas à encarceração (Fernandes, 2009).

3.3. LIMITAÇÕES DA REDUÇÃO DE DANOS

Do trabalho das equipas de rua de redução de danos verificam-se resultados positivos, tais como: redução do consumo simultâneo de várias substâncias (*policonsumo*), redução da partilha dos materiais distribuídos e redução de práticas sexuais desprotegidas (Andrade *et al*, 2007; MacDonald *et al*, 2003). No entanto, a redução de danos está ainda longe de ser uma estratégia consensual, por estar, como todo o trabalho em matéria de toxicodependência, coberta de limitações.

Se por um lado, a redução de danos tenta transformar o estatuto dos consumidores de drogas, por outro, assenta numa espécie de resignação em relação ao seu destino (Fernandes & Ribeiro, 2002). Por isso foi tão difícil de aceitar politicamente, pois parece tentar esconder o problema, em vez de lhe dar uma solução.

Os programas de substituição por metadona são especialmente controversos, já que até alguns técnicos desconfiam das suas vantagens, pois os consumidores tendem a tomar a metadona e manter simultaneamente os consumos (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006).

As próprias actividades levadas a cabo pelos técnicos de redução de danos não vão ao encontro dos fundamentos desta estratégia. Muitos entendem que a redução de danos é um meio para captar os utentes para o tratamento ou que o seu contacto com os toxicodependentes visa o controlo social: detecção de práticas criminais, melhoria do aspecto das ruas, etc (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006).

Por vezes o trabalho de redução de danos é tão afastado da realidade de consumo dos toxicodependentes quanto o tratamento, pois os técnicos não se deslocam aos locais, nem trabalham activamente com os utentes, já que isso poderia ser confundido com o pactuar com o consumo.

Mesmo quando os técnicos conseguem transmitir estratégias para reduzir riscos, isso não significa que os consumidores as ponham em prática ou que sejam eficazes. Por exemplo, para alguns consumidores, o risco de contrair VIH pela partilha de seringas contribui para reduzir outros riscos, como o de ser preso por andar com seringas, sofrer uma *overdose* sozinho ou ser rejeitado pelos colegas. O compartilhamento, na subcultura das drogas, tem um papel importante na coesão do grupo dos usuários. Perante a

necessidade do momento de consumo, não emprestar a seringa a um parceiro que não tem seria considerada uma atitude egoísta. Ou seja, mesmo conscientes dos riscos, a necessidade de consumo obriga os usuários a utilizarem seringas usadas, velhas, sujas ou enferrujadas (Deslandes *et al*, 2002).

Outro exemplo é o dos portadores de VIH, que conhecem as estratégias de prevenção, mas entendem que estas são benéficas apenas para os seus parceiros, uma vez que já estão contaminados e desconhecem as consequências de uma reinfeção. O medo da discriminação leva-os a esconderem a doença e a persistirem com os comportamentos de risco (Deslandes *et al*, 2002).

Apesar das limitações da redução de danos, não deixa de ser, actualmente, a estratégia mais adequada a quem não consegue abandonar o consumo. De forma humanista, a redução de danos encara o toxicodependente como uma pessoa humana com direito à dignidade, abandonando a passividade, a exclusão e as atitudes moralizadoras face ao consumo. É uma estratégia que respeita as opções individuais e se foca no direito dos utilizadores acederem a necessidades básicas e melhores condições de saúde. Neste sentido, o acesso às necessidades sociais é prioritário em relação ao tratamento da toxicodependência (Barbosa, 2011).

A redução de danos é uma adequação das respostas ao estilo de vida do consumidor e não a adequação do consumidor a um dispositivo pré-formatado (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006). É acima de tudo uma resposta diferente, que veio colmatar falhas de outras, mas que carece ainda de uma evolução que colmate as próprias limitações, para que possa contribuir, realmente, para a melhoria das condições de vida e de cidadania dos toxicodependentes.

4. PERCURSO PORTUGUÊS EM MATÉRIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Contrariamente ao que aconteceu no resto da Europa, Portugal só tardiamente implementou políticas de redução de danos. Até finais da década de 90, apenas se verificaram iniciativas voluntárias de profissionais preocupados, mas sem meios para colocá-las em prática (Barbosa, 2009). Não emergiram organizações de consumidores como noutros países europeus e a luta pela redução de danos foi trabalho de técnicos da área (Fernandes, 2009).

Mesmo aquando da legitimação política da redução de danos, devido ao reconhecimento da sua eficácia na redução da epidemia do VIH e hepatites e na redução da pequena criminalidade associada ao consumo de drogas, tal reconhecimento não foi acompanhado de medidas práticas concretas. Por razões políticas e ideológicas, a prática vocaciona-se mais para o tratamento e programas livres de drogas (Barbosa, 2009).

4.1. HISTÓRIA DA REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL

Podem distinguir-se três fases na emergência da redução de danos em Portugal. A fase “clandestina”, entre 1977 e 1992, ficou marcada pela implementação experimental no terreno de medidas como o rastreio de doenças infecciosas em grupos de risco, ligadas à luta contra a SIDA (Barbosa, 2009; Pimenta & Rodrigues, 2006; Fernandes & Ribeiro, 2002). Os programas de substituição por metadona para heroínodependentes tiveram início em 1977, no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga do Norte. Contudo, estas medidas eram consideradas complementares do tratamento e não eram reconhecidas como acções concretas de redução de danos (Barbosa, 2009).

Na fase “experimental”, entre 1993 e 1998, o aumento do número de utilizadores de drogas infectados pelo VIH conduziu à dinamização de vários projectos experimentais de redução de danos. O projecto STOP-SIDA, promovido pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) iniciou em 1993, com o objectivo de prevenir novos casos de infecção pelo VIH, em utilizadores de drogas injectáveis. O seu contributo foi essencial para as intervenções ocorridas nos anos posteriores, como o rastreio de doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas (PNTS). O projecto de minimização dos problemas associados à toxicodependência no Bairro do Casal Ventoso a partir de 1996, foi também importante, tendo incluído uma unidade móvel com programa de substituição opiácea e outras medidas de proximidade. O programa “Contrato de Cidade”, entre 1997 e 2003, resultou de um protocolo entre o Governo e a autarquia do Porto, incluindo respostas sócio-sanitárias de proximidade para arrumadores de carros e trabalhadores do sexo. Muitas limitações foram apontadas a estes projectos, mas actualmente é reconhecido o seu sucesso no controlo do VIH/SIDA. O agravamento da epidemia do VIH/SIDA, no final dos anos 90, reforçou o debate político sobre o tema da toxicodependência, dando origem a uma nova fase (Barbosa, 2009; Dias, 2007).

Seguiu-se uma fase de “legitimação política”, que decorreu entre 1999 e 2005. Com a Resolução de Conselho de Ministros nº46/99, de 26 de Maio, instituiu-se a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), assente na redução de danos, mas sem efeitos imediatos. Em 2000 foi publicada a lei da descriminalização do consumo, passando a ser entendida como crime a aquisição ou detenção de mais de 10 doses diárias para consumo. Contudo, continuou a lançar-se para o sistema prisional consumidores-traficantes com quantidades destinadas ao financiamento do seu consumo. Com o Decreto-Lei nº183/2001, de 21 de Junho, foi aprovado o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos. A maioria das medidas publicadas na lei da redução de danos já vinha sendo praticada desde os anos 80: gabinetes de apoio a toxicodependentes, equipas de rua, centros de acolhimento, centros de abrigo, troca de seringas. Medidas inovadoras eram apenas os pontos de contacto e de informação, ou seja, estruturas móveis ou de proximidade e as salas de injeção assistida. Contudo, a redução de danos não foi sendo implementada sem resistências. Nos anos seguintes à publicação da lei, assumiram o poder as forças políticas de centro-direita, que viam a ENLCD como uma atitude tolerante face ao problema da droga. A situação só se alterou em 2005, quando o Partido Socialista, que havia aprovado a lei, voltou ao poder. A lei contribuiu para a generalização dos programas de metadona e das equipas de rua, mas ficou desconhecida a aplicação de algumas medidas, como a troca de seringas nas prisões, prevista na Lei nº3/2007, ou as controversas “salas de chuto” (Barbosa, 2009; Costa, 2009; Fernandes & Ribeiro, 2002; Pimenta & Rodrigues, 2006).

A partir de 2007, o reordenamento jurídico e estratégico do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) permitiu a criação de um conjunto de respostas locais mas, apesar de tudo, permaneceram as resistências ideológicas e políticas.

4.2. CARACTERÍSTICAS DOS PROJECTOS DE REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL

Em Portugal, são pilares da estratégia de luta contra as drogas: a redução de danos, a prevenção, o tratamento, a reinserção social e a repressão do tráfico. Não existe hierarquia nem preferência entre os pilares (Costa, 2009).

A nível da redução de danos, os projectos incluem maioritariamente equipas de rua, mas também gabinetes de apoio e alguns centros de acolhimento. São sobretudo iniciativas da sociedade civil, por exemplo, de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)

ou Organizações Não Governamentais (ONG). As estruturas existentes a nível estatal são sobretudo vocacionadas para uma população mais organizada e com suporte familiar, sendo os gabinetes de atendimento demasiado distantes da realidade dos consumidores (Andrade *et al*, 2007; Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006). Todos os projectos incluem a troca de seringas e/ou distribuição de preservativos. Há ainda o encaminhamento para outros serviços da rede, apoio psicológico, apoio social e fornecimento de alimentação e roupa (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006).

As equipas de rua desempenham actividades diversificadas, tais como: informação/sensibilização relativamente a comportamentos de risco, troca de seringas, distribuição de preservativos, toalhletes, filtros e outros materiais, encaminhamento para outras respostas sociais e de saúde, apoio social e psicológico, cuidados de enfermagem, programas de metadona, etc (Andrade *et al*, 2007).

Os utentes mais comuns são consumidores de heroína e cocaína por via injectável, com vários anos de consumo e várias tentativas frustradas de tratamento, do sexo masculino, entre os 20 e os 40 anos, em situação de sem-abrigo, em ruptura familiar, com baixa escolaridade, portugueses, desligados da rede de cuidados e com problemas judiciais. Para manter os consumos, muitos arrumam carros, no caso dos homens, ou recorrem à prostituição, no caso das mulheres. Verifica-se a presença de doenças como o VIH e hepatites B e C, mas também tuberculose e sífilis. Contudo, a população é diversificada e alguns utentes podem não se enquadrar na descrição geral (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006; Rebelo 2008; Silva, 2004).

Verificam-se comportamentos de risco como a partilha e abandono dos materiais na via pública, a prática de sexo desprotegido, o policonsumo e a submissão ao aborto clandestino, sendo que alguns destes comportamentos diminuem devido à actuação das equipas. Contudo, os técnicos secundarizam muitas vezes os problemas reais do consumo, não conhecendo a realidade do local de consumo: se é limpo, em que zona do corpo é feita a injeção, se há danos para as veias, etc (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006).

Boa parte dos utentes já realizou, ao longo do seu percurso de vida, alguma desabituação ao consumo ou algum tratamento. Trata-se, portanto, de uma população que conhece o sistema de tratamento (Andrade *et al*, 2007).

O financiamento das instituições, embora proveniente de fontes diversas, recorre sobretudo a fundos públicos. Para além disso, durante o período de avaliação dos projectos,

é interrompido o financiamento. Muitas entidades recrutam profissionais em regime de prestação de serviços, ou combinam a contratação com a prestação de serviços e o voluntariado. Algumas equipas não sobrevivem mesmo sem o voluntariado. Esta precariedade do trabalho afecta o necessário estabelecimento de confiança entre técnicos e consumidores. As áreas de formação dos técnicos são diversificadas. As profissões mais comuns são: psicólogos, assistentes sociais, animadores socioculturais, técnicos psicossociais, médicos e enfermeiros. É possível encontrar também educadores sociais, antropólogos, psicopedagogos, sociólogos, etc. Há ainda ex-consumidores integrados nas equipas pelo seu passado de consumos, com a função de mediadores sociais. Os profissionais são maioritariamente jovens entre os 20 e os 40 anos (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006).

Os técnicos são confrontados com dificuldades no desempenho do seu trabalho, tais como: a) a persistência dos consumidores nas atitudes de risco, resistência à recuperação, fraca adesão aos encaminhamentos, conflitos entre utentes; b) resistência da população local à acção das equipas, dificuldade em contactar o utilizador quando o consumo é doméstico, insegurança nas ruas e ameaças dos traficantes; c) carência de centros de acolhimento, salas de injeção assistida, programas de metadona e gabinetes de apoio em locais de prostituição; d) fraca adaptação das instituições, em particular as da saúde, às necessidades dos utentes, reduzida preparação técnica e logística para lidar com esta população, rede insuficiente e dificuldade em estabelecer parcerias, burocracia exagerada e discriminação dos consumidores nas estruturas do Sistema Nacional de Saúde (SNS); e) desadequação do kit distribuído no país para consumo endovenoso, desgaste que o trabalho provoca nos técnicos, riscos associados à profissão, falta de programas de controlo da qualidade das drogas, falta de formação dos técnicos; f) falta de recursos humanos, logísticos e financeiros, rotatividade dos técnicos das equipas, precariedade do trabalho; g) dificuldade em encontrar emprego para os utentes, falta de acompanhamento no local de trabalho após desintoxicação e necessidade de trabalhos estáveis para não comprometer os efeitos da intervenção (Fernandes Pinto & Oliveira, 2006).

4.3. UM PROJECTO DE REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL

De acordo com a população-alvo, podem distinguir-se três tipos de projectos: os que actuam em ambientes festivos, os que intervêm junto de trabalhadores do sexo e a

maioria, que trabalha com consumidores de rua, sobretudo heroína e cocaína (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006). Muitas instituições de redução de danos não trabalham apenas com toxicodependentes, mas também com sem-abrigo, populações carenciadas, prostitutas não toxicodependentes, desempregados e outras pessoas vítimas de exclusão social.

Tome-se como exemplo o projecto de redução de riscos e minimização de danos “In-Ruas”, promovido pela instituição Sol do Ave e cofinanciado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), no âmbito do Programa de Respostas Integradas (PRI).

A instituição Sol do Ave surgiu em 1992, na cidade de Guimarães, por iniciativa da Associação de Municípios do Vale do Ave que, tendo em vista o desenvolvimento da região, tem desenvolvido actividades em várias áreas: Educação e Formação, Desenvolvimento Rural e Desenvolvimento Social (Gonçalves, 2011).

O Departamento de Desenvolvimento Social leva a cabo acções em diversos âmbitos: emprego e empreendedorismo, qualificação de grupos socialmente vulneráveis, intervenção familiar e parental, capacitação da comunidade e instituições, animação sociocultural, promoção das novas tecnologias de informação e comunicação, voluntariado, bem como redução de riscos e minimização de danos, através do projecto “In-Ruas” (Gonçalves, 2011).

Em 2007, o IDT levou a cabo um diagnóstico nacional, no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PRI), no sentido de obter dados que fundamentem intervenções no território. Foram identificados três grupos de intervenção prioritária na cidade de Guimarães: toxicodependentes, sem-abrigo e jovens, bem como foram apontados como territórios de intervenção prioritária: o Centro Histórico de Guimarães, o Jardim da Alameda e a Zona de Couros (Gonçalves, 2011).

Ficou comprovada a necessidade de realização de projectos com estes grupos, nestes territórios, através das seguintes respostas: equipa de rua, centro de abrigo e programa de prevenção junto dos jovens. Neste sentido, a instituição Sol do Ave desenvolveu a sua acção através de uma equipa de rua.

A equipa “In-Ruas” acompanha uma população maioritariamente do sexo masculino, com idades entre os 19 e os 55 anos, proveniente de contextos de precariedade económica, com baixos níveis de escolaridade, fraca coesão familiar e socialmente marginalizada. São comuns as longas histórias de consumo, bem como outros problemas de saúde, embora se verifique uma resistência quase generalizada no acesso aos serviços de

saúde. A maioria recebe o Rendimento Social de Inserção (RSI) ou recorre à arrumação de carros e ao pequeno tráfico de droga para angariar dinheiro para o consumo (In-Ruas, 2010, citado por Gonçalves, 2011).

Verifica-se um défice nos cuidados de higiene e apresentação física, bem como em cuidados básicos de saúde, como a alimentação. Esta falta de autocuidado tem implicações na prevenção de doenças infecciosas e outras. Mantêm-se comportamentos de risco nas práticas de consumo e nas relações sexuais, apesar de se confirmar uma maior preocupação com a prevenção de riscos e danos. A maioria, apesar do fraco acesso a serviços de saúde, está inscrita no Centro de Respostas Integradas (CRI) e frequenta programas de metadona (Gonçalves, 2011).

O projecto tem como objectivos principais: a) facilitar o acesso a materiais e estratégias de redução de danos; b) reduzir riscos associados ao consumo de drogas e a práticas sexuais; e c) aproximar os consumidores dos serviços sociais e de saúde. Outro objectivo importante é o de promover a troca e recolha do material de consumo abandonado, através de acções de limpeza, procurando melhorar a relação com a restante comunidade (Gonçalves, 2011).

A equipa leva a cabo acções no terreno, como a troca de seringas, distribuição de material asséptico, troca de pratos, distribuição de preservativos e encaminhamento para outros serviços sociais e de saúde. Fornece ainda um pequeno lanche e disponibiliza vestuário. O contacto de proximidade e o estabelecimento de confiança com os consumidores são muito importantes para a equipa (Gonçalves, 2011).

Desde o início a equipa encontrou a dificuldade de relacionamento com a comunidade, que pretende ver o fenómeno da toxicodependência afastado do seu espaço. Tal deve-se em parte ao fenómeno NIMBY – *Not in my backyard* – em que a comunidade reage de forma adversa à implementação de certos serviços considerados polémicos (Lang *et al*, 2013; Romaní, 2008). No caso das equipas de trabalho com toxicodependentes, a comunidade vê a sua existência como um pactuar com o consumo, que pode até atrair mais consumidores ao local. A equipa reconhece que o contacto inicial com a comunidade foi insuficiente para quebrar essas incompatibilidades (Gonçalves, 2011).

5. A EDUCAÇÃO NA DIVERSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DE REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos visa a alteração de comportamentos, nomeadamente comportamentos de riscos para o toxicodependente e para a sociedade e, por isso, é obrigatoriamente matéria de educação.

Não sendo a solução milagrosa para o problema das drogas, a educação tem vindo a ser, desde o início e mesmo que inconscientemente, usada a serviço da redução de danos. Contudo, a forma como as mensagens educativas têm vindo a ser transmitidas tem mudado. Usavam-se e usam-se estratégias de sensibilização, através de campanhas publicitárias, de persuasão fazendo apelo à tomada de consciência sobre os riscos e de controlo através de métodos repressivos, embora com resultados magros. Mais recentemente utiliza-se o desenvolvimento de competências, como a autoestima e a capacidade de fazer escolhas (recaindo o interesse não sobre os perigos das drogas, mas sobre as motivações para o consumo) e promove-se a participação dos consumidores, reforçando a sua capacidade de agir e criando espaços de iniciativa (Morel *et al*, 2001).

Para além da actuação para satisfação das necessidades básicas e para o acesso a recursos comunitários de saúde e segurança social, as equipas de redução de danos têm tentado contrariar a falta de oportunidades de participação social dos consumidores através de estratégias de *empowerment*, como o envolvimento nas tomadas de decisão, a valorização das opiniões, a descoberta de potencialidades, o respeito pelas opções individuais e a visão dos consumidores como parceiros na intervenção (Barbosa, 2011; Fischer *et al*, 2004; Romaní, 2008).

Esta evolução do abandono da perspectiva do consumidor como doente em matéria de educação para a saúde está ainda numa fase inicial, já que até os próprios consumidores tiram vantagem em serem vistos como doentes e, portanto, ‘não responsabilizáveis’ pelos seus actos e carentes de cuidados (Morais, 2008). Neste sentido, a educação para a saúde terá de lutar contra esta visão, contribuindo para a evolução do toxicodependente de doente/delinquente para cidadão, com direitos e deveres, autónomo, com autoestima e consciente do seu papel na sociedade e das opções de vida que tomou (Barbosa, 2011; Fernandes & Ribeiro, 2002).

Os projectos de educação para a saúde em matéria de redução de danos têm agora novos objectivos para além da sensibilização sobre os riscos decorrentes do uso de drogas,

nomeadamente: a) elevar os níveis de saber e competência dos toxicodependentes; b) promover a responsabilidade individual; c) desenvolver laços sociais e comunitários, reduzindo a discriminação social (Morel *et al*, 2001; NPNUI, 2007). Tal como o conceito de saúde tem evoluído no sentido de um bem-estar geral, também a saúde do toxicodependente não é apenas a satisfação de necessidades básicas. Como cidadão, o toxicodependente tem direito ao acesso às mesmas condições de saúde, dentro das suas possibilidades e limitações.

Esta mudança de paradigma tem vindo a ser influenciada também pela entrada nas equipas de redução de danos de outros profissionais, para além dos médicos e psicólogos, ligados às ciências sociais. Trata-se de técnicos de áreas diversificadas, procurando ir além das terapias de gabinete e aproximando-se do estilo de vida *junkie* (Fernandes & Ribeiro, 2002). Aliás, os profissionais da saúde nem sempre conseguem levar a bom termo um programa de prevenção e educação para a saúde, uma vez que muitas vezes têm, eles próprios, uma visão delinquencial e patologizante do problema das drogas. Além disso, “ser bom terapeuta não é sinónimo de ser bom pedagogo ou bom animador de um dispositivo de acção local” (Morel *et al*, 2001, p.216). Contudo, a colaboração dos prestadores de cuidados continua indispensável numa equipa de redução de danos.

Em matéria educativa, trata-se da passagem de uma educação formal informativa sobre a redução de danos para uma educação não formal emancipatória. Essa educação não formal implica estratégias horizontais de diálogo e interacção com os consumidores, em que o técnico é um observador-participante. Privilegiam-se as estruturas de proximidade e de fácil acesso para os toxicodependentes. Estabelecem-se conversas informais e visitam-se os territórios de consumo (Barbosa, 2011; Callon *et al*, 2013).

Apesar desta ideia de informalidade, um projecto de educação para a saúde deve ser bem planificado e estruturado. Não no sentido de se tornar num programa pré-formatado e igual para todos os consumidores, pois em matéria de educação não formal privilegia-se a criatividade, a autonomia profissional e a adaptação às necessidades do público-alvo (Barbosa, 2011; Callon *et al*, 2013). Com esta margem de manobra, as acções devem ser estruturadas dentro de uma política global, que dê sentido e continuidade aos projectos.

Estes projectos geralmente desenrolam-se em quatro fases: a) diagnóstico da problemática e definição dos objectivos da acção; b) mobilização de recursos e actores; c) desenvolvimento da acção; d) e avaliação, que acompanha todo o processo. A segunda fase

implica fazer o inventário dos recursos existentes, meios logísticos de apoio, parceiros potenciais, mas também identificar as motivações e os obstáculos à participação, bem como identificar o balanço das acções já realizadas nas mesmas circunstâncias (Morel *et al*, 2001).

Por fim, em matéria de avaliação é sempre complexo avaliar o contributo da educação para o cumprimento de determinados objectivos, sobretudo quando há influência de um sem número de factores, muitos deles externos à educação. Por exemplo, é possível observar a diminuição de alguns comportamentos de risco, mas como provar que isso aconteceu precisamente devido à acção da equipa educativa e não por outros motivos? Ou seja, sempre que possível, deve registar-se a alteração de comportamentos a curto e longo prazo, mas a avaliação não pode restringir-se a isso. Importa também identificar falhas na planificação do projecto, para reorientar a intervenção, por exemplo, podem alterar-se as necessidades da população-alvo, entre outros aspectos (Andrade *et al*, 2007; Morel *et al*, 2001).

PARTE II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A presente investigação-acção foi desenvolvida junto da “Equipa de Rua Reduz”, que leva a cabo o seu trabalho na cidade de Coimbra. Este contexto, sobretudo a zona Baixa da cidade, está historicamente associado à prostituição, toxicodependência e mendicidade. Aí abundam pensões e residência, parques de estacionamento, ruas estreitas e sombrias, edifícios degradados e abandonados, entre outros aspectos propícios ao desenvolvimento do tráfico e consumo de drogas legais e ilegais (Matias *et al*, 2012).

Os utilizadores de drogas encontram-se sobretudo na zona da Portagem e Beira-Rio, mas a progressiva deslocação dos traficantes para o Terreiro da Erva aumentou a concentração neste local. A Avenida Fernão de Magalhães, o Largo de Angola, a Beira-Rio ou a Portagem são locais comuns para a prática de prostituição (Matias *et al*, 2012).

No Terreiro da Erva situa-se o edifício sede da “Equipa de Rua Reduz”, inaugurado em 2005, pertencente à Cáritas Diocesana de Coimbra, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que actua junto das comunidades desfavorecidas, em questões de âmbito social, de saúde, educacional ou pastoral.

A equipa tem como objectivo intervir na resolução dos problemas de toxicodependentes sem apoio sociofamiliar. É uma estrutura de primeira linha, ou seja, é através da equipa de rua e do contacto directo com a população-alvo que o consumidor se dirige ao gabinete para pedir apoio e encaminhamento à intervenção psicossocial.

A “Equipa Reduz” disponibiliza à população-alvo diversos serviços, nomeadamente (Matias *et al*, 2012): a) distribuição de preservativos e troca e distribuição de materiais assépticos para a prática de consumo, ou seja, seringas (através do Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”), ampolas de água bidestilada, filtros, ácido cítrico, caricas e sacos para recolha do material. Desta prática, tem vindo a resultar a diminuição da quantidade de seringas abandonadas nos locais dos consumos, com os consequentes benefícios para a saúde dos consumidores e para a saúde pública; b) serviço de pequenas refeições, nomeadamente pequeno-almoço e lanche para os adictos mais necessitados, durante a semana, bem como donativos alimentares, facultados pela

comunidade ou pela parceria com comerciantes locais; c) serviços de higiene pessoal, através da disponibilização de balneários e produtos de higiene, bem como pelo fornecimento, em horário específico, de vestuário, calçado, cobertores e outros acessórios. Esta medida resultou da verificação, na generalidade dos toxicodependentes, da negligência em relação aos cuidados de higiene pessoal; d) consultas de psicologia e psiquiatria, através do encaminhamento para o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) ou para o Sobral Cid, no caso de suspeita de perturbações do foro psiquiátrico ou necessidade de acompanhamento psicológico; e) administração de medicação, por articulação com os serviços de psiquiatria referidos, com a equipa de tratamento do CAT ou com os Serviços Infecciosos do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC); f) cuidados de enfermagem e primeiros socorros, por solicitação dos toxicodependentes, devido a hematomas, ferimentos, dores, etc.; g) rastreio rápido do VIH (ADR – Aconselhamento, Detecção Precoce e Referenciação), através de um teste rápido de despistagem e do esclarecimento de dúvidas numa perspectiva de educação para a saúde, inclusive junto da população não-toxicodependente; h) apoio psicossocial, através da gestão individual dos processos por um técnico gestor de caso, ao qual cabe acompanhar toda a evolução do adicto; i) apoio jurídico, prestado pela advogada da instituição semanalmente, para resolução de questões judiciais; j) acções de informação e sensibilização, através de sessões expositivas sobre temas relevantes para a saúde dos utentes, bem como para o desenvolvimento de competências potenciadoras da (re)inserção social (procura de emprego, etc.); k) actividades lúdico-ocupacionais esporádicas, pelo aproveitamento do espaço para momentos de convívio e lazer, promovendo a participação dos utentes; l) por fim, a “Equipa de Rua Reduz” estabelece parcerias com outras instituições, que complementam as suas respostas.

O edifício onde funcionam estes serviços divide-se em dois pisos, sendo que no rés-do-chão se situa uma sala de convívio com bar, um gabinete de enfermagem, três casas de banho, um arrumo para material de limpeza, uma rouparia e um arrumo de artigos pessoais dos utentes. O primeiro andar possui dois gabinetes de atendimento, um gabinete médico, uma sala de espera e uma casa de banho. A equipa dispõe ainda de uma carrinha de serviço destinada à realização do giro de rua ou a outras diligências.

A equipa é composta por uma coordenadora, três técnicos gestores de caso e um monitor que distribui o material e realiza outras tarefas práticas.

2. METODOLOGIA E OBJECTIVOS DO PROJECTO

O presente trabalho visa a aplicação de técnicas de educação para a saúde (competências adquiridas no Mestrado em Educação para a Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Escola Superior de Educação de Coimbra) numa perspectiva de redução de riscos e minimização de danos (trabalho levado a cabo no contexto de implementação do projecto – a “Equipa de Rua Reduz”).

A ligação da educação para a saúde com a redução de danos levou à formulação da seguinte questão de partida: Qual o papel do educador para a saúde numa instituição de redução de danos?

Depois da revisão de literatura, procedeu-se à observação-participante do trabalho levado a cabo na “Equipa de Rua Reduz”, integrando o trabalho diário desenvolvido pela equipa e levando a cabo conversas exploratórias informais junto dos técnicos e utentes da instituição. Esta análise exploratória do funcionamento da instituição permitiu recolher pistas sobre o que é possível o educador para a saúde fazer junto da população toxicodependente e quais seriam os objectivos do seu trabalho. Não se procurou responder logo à questão de partida, mas sim recolher ideias sobre como agir para chegar a essa fase (Quivy & Campenhoudt, 1992).

O contacto inicial com a população-alvo permitiu reconhecer algumas carências e problemas relativos à saúde física e psicológica, nomeadamente uma alimentação pouco saudável, uma fraca preocupação com os cuidados de higiene pessoal, uma baixa autoestima e autoconfiança, uma despreocupação com a limpeza dos locais de consumo, entre outros aspectos. O cruzamento destas problemáticas com as pistas iniciais de resposta à pergunta de partida permitiu a formulação dos seguintes objectivos do projecto:

OBJECTIVOS GERAIS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS
<i>Apoiar os toxicodependentes na construção de um estilo de vida saudável</i>	Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável
	Criar hábitos de higiene e limpeza
	Consciencializar para os riscos

	decorrentes de uma vida pouco saudável
<i>Contribuir para a melhoria da autoestima dos toxicodependentes</i>	Melhorar a imagem que o toxicodependente tem das suas capacidades
<i>Contribuir para a definição do papel do educador para a saúde na redução de riscos e minimização de danos</i>	Identificar possíveis funções do educador para a saúde numa instituição de redução de danos

O projecto visou a melhoria da saúde física e psicológica dos toxicodependentes e outros utentes da instituição, reconhecendo-se que nem sempre é possível esta população alcançar a saúde plena, mas que tem o direito a uma melhoria do bem-estar. Por fim, visou também contribuir para melhorar a delimitação de competências do educador para a saúde numa equipa de redução de danos, procurando dar resposta à questão inicial.

Em suma, não afectando o trabalho da instituição e procurando inserir-se nos seus objectivos de redução de riscos e minimização de danos, a acção, através de uma metodologia participativa, pretendeu a colaboração activa da população-alvo na aprendizagem das vantagens de um estilo de vida mais saudável, dentro das possibilidades deixadas pelo consumo.

3. POPULAÇÃO-ALVO

Fazem parte da população-alvo da “Equipa de Rua Reduz” toxicodependentes, alcoólicos, sem-abrigo, trabalhadores do sexo, mas também outras pessoas vítimas de exclusão social. De acordo com o relatório da “Equipa de Rua Reduz” (Matias et al 2012). Os toxicodependentes e alcoólicos são maioritariamente indivíduos do sexo masculino, solteiros, entre os 30 e os 40 anos, de nacionalidade portuguesa, com baixa escolaridade, desempregados e, com frequência, sem-abrigo. Caracterizam-se pelo absentismo ou pela incursão em actividades ilícitas e práticas criminais. As substâncias mais consumidas pelos adictos são a cannabis, cocaína, heroína ou a combinação de ambas.

Os sem-abrigo são maioritariamente do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, solteiros, entre os 30 e os 70 anos, desempregados ou a subsistir do rendimento social de inserção (RSI) ou pensões. À sua condição de sem-abrigo associa-se muitas vezes

a toxicodependência, o alcoolismo, as doenças psiquiátricas ou o VIH/SIDA. Relativamente aos trabalhadores do sexo, a maioria é do sexo feminino, entre os 30 e os 40 anos, de nacionalidade brasileira ou portuguesa, por vezes em situação ilegal no país, recusando o fornecimento de dados pessoais. Predominam as mulheres desempregadas, prostitutas “de rua” ou “de interior” ou vítimas de abusos físicos/psicológicos por parte dos companheiros. São frequentes as relações sexuais desprotegidas, pelo que se verificam com frequência doenças infecciosas (VIH, tuberculose e hepatites), mas muitas desconhecem o seu estado de saúde relativamente a estas infecções.

Nestes grupos-alvo são comportamentos de risco que ainda persistem a partilha de material de consumo e as relações sexuais desprotegidas. Por essas razões são comuns as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), sendo que boa parte do público-alvo desconhece o seu estado de saúde. Por fim, verificam-se ainda esporadicamente consequências físicas das más práticas de consumo, como hematomas, abscessos, processos de overdose, etc.

Neste projecto participaram dezasseis utentes, maioritariamente do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos de idade, desempregados e beneficiários de RSI, em grande número toxicodependentes que vivem em quartos alugados e/ ou casas abandonadas e com fracas habilitações literárias.

4. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES

Para a concretização de cada um dos objectivos específicos do projecto foram seleccionadas actividades que se consideraram ser adequadas tendo em conta a população-alvo, o contexto institucional, as limitações de recursos e tempo, entre outros factores.

OBJECTIVOS GERAIS DAS ACTIVIDADES	ACTIVIDADES	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável	<i>Workshop de alimentação saudável</i>	Satisfação/interesse dos participantes pela temática; Repetição das aprendizagens.
Criar hábitos de higiene e limpeza	<i>Sessão sobre higiene das mãos</i>	Satisfação/interesse dos participantes pela temática; Repetição das aprendizagens.

	<i>Recolha de materiais de consumo na rua</i>	Participação na sessão; Interesse dos participantes na repetição da actividade.
Consciencializar para os riscos decorrentes de uma vida pouco saudável	<i>Sessão sobre doenças oncológicas</i>	Satisfação/interesse dos participantes pela temática; Participação/intervenção dos toxicodependentes na sessão.
	<i>Aula de primeiros socorros</i>	Realização de novas aprendizagens.
Melhorar a imagem que o toxicodependente tem das suas capacidades	<i>Terapia pela arte (construção de didgeridoos)</i>	Satisfação/interesse dos participantes pela temática.
Identificar possíveis funções do educador para a saúde numa instituição de redução de danos	<i>Entrevistas a membros da Equipa de Rua Reduz</i>	Dados relativos a problemas a melhorar no funcionamento das instituições e aos objectivos e funções do educador numa equipa de redução de danos.

As actividades levadas a cabo, por sua vez, permitiram explorar e colocar em prática as ideias iniciais sobre o que pode fazer o educador para contribuir para a melhoria da saúde física e psicológica do toxicodependente. No que diz respeito à saúde física, procurou-se apoiar a população-alvo na aquisição de hábitos saudáveis, sobretudo hábitos alimentares e de higiene pessoal, que ficam esquecidos perante a necessidade de consumo (Gonçalves, 2011).

ACTIVIDADES	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DAS ACTIVIDADES
<i>Workshop de alimentação saudável</i>	Conduzir à aprendizagem da confecção de refeições utilizando ingredientes saudáveis
	Mostrar como as refeições saudáveis podem também ser agradáveis
<i>Sessão sobre higiene das mãos</i>	Conduzir à aprendizagem da forma correcta de lavar as mãos
	Levar ao reconhecimento da importância de uma boa

	higiene diária para a saúde
<i>Recolha de materiais de consumo na rua</i>	Envolver os toxicodependentes na limpeza dos locais de consumo
	Mostrar como a limpeza é importante para o bem-estar do toxicodependente e da comunidade que o rodeia
<i>Sessão sobre doenças oncológicas</i>	Informar os toxicodependentes sobre as doenças oncológicas e sobre os riscos associados, por exemplo, ao consumo de tabaco
<i>Aula de primeiros socorros</i>	Ensinar o toxicodependente a actuar em caso de <i>overdose</i> de um dos seus pares
	Informar sobre riscos graves decorrentes do consumo
<i>Terapia pela arte</i>	Conduzir o toxicodependente à realização bem-sucedida de tarefas que não acreditava ser capaz de concluir
<i>Entrevistas a membros da Equipa de Rua Reduz</i>	Identificar problemas existentes no actual funcionamento da instituição
	Identificar de que modo o educador para a saúde pode contribuir para corrigir essas falhas ou melhorar o funcionamento da instituição

Realizou-se um *workshop* de alimentação saudável, motivando a participação activa dos toxicodependentes na execução de batidos de fruta e a ingestão de alimentos ricos em vitaminas e agradáveis para o consumidor. A actividade foi realizada na hora do lanche dos utentes, aproveitando a sua presença na instituição e interesse pelo tema. A sessão incluiu toda a preparação dos batidos, o consumo do lanche, bem como a limpeza dos materiais e do espaço (ver Plano de Sessão, Anexo I.I, p.43).

A sessão sobre higiene das mãos foi levada a cabo após o *workshop* de batidos de fruta, no sentido de aproveitar a presença do grupo-alvo no local. Incluiu uma exposição inicial sobre o tema em PowerPoint (ver Documento PowerPoint, Anexo II.IV, p.73), seguida da aprendizagem prática do modo correcto de lavar as mãos (ver Folhetos Informativos, Anexo II.V, p.79). Durante a observação-participante inicial e em conversas informais com os toxicodependentes verificou-se a quase ausência desta prática antes da

refeição do lanche. Esse facto justificou a realização da actividade, que visou o aumento do número de adictos da instituição que lavam as mãos antes das refeições e noutras ocasiões importantes (ver Plano de Sessão, Anexo II.I, p.63).

Foi levada a cabo uma sessão sobre doenças oncológicas, em parceria com uma terapeuta de radioterapia do Instituto Português de Oncologia, IPO-Coimbra. Justificou-se a realização desta actividade devido ao pedido dos adictos para a abordagem do tema. Entendeu-se ainda que seria vantajoso para esta população receber esta informação, dada a sua saúde frágil e o consumo em doses elevadas de tabaco. Após uma exposição inicial sobre as doenças oncológicas (ver Documento PowerPoint, Anexo III.IV, p.93), partilharam-se experiências e histórias de vida sobre o tema, numa perspectiva de levar o toxicodependente a reflectir sobre a possibilidade de tratamento do seu próprio problema de saúde (ver Plano de Sessão, Anexo III.I, p.83).

Realizou-se também uma aula de primeiros socorros, dinamizada por uma profissional de saúde que presta serviço de voluntariado numa corporação de bombeiros. A sessão dividiu-se numa primeira parte, de exposição de conteúdos, e numa segunda parte, de simulação da actuação em caso de acidente (ver Plano de Sessão, Anexo IV.I, p.125). Justificou a realização desta actividade a ocorrência ocasional de casos de *overdose* entre os consumidores e a falta de informação sobre como actuar numa situação dessas.

Por fim, neste âmbito, procurou-se a participação dos toxicodependentes na recolha dos materiais de consumo, feita pelos profissionais da “Equipa Reduz”, durante o giro de rua. A limpeza dos espaços públicos é uma tarefa importante para a melhoria da relação com a comunidade envolvente. Mas verificou-se que apenas alguns adictos apoiam os técnicos na execução da actividade, embora sejam eles os principais interessados e beneficiados por esta limpeza. Foi então objectivo da actividade sensibilizá-los para a necessidade de execução da limpeza dos locais de consumo (ver Plano de Sessão, Anexo VI.I, p.155).

A nível da saúde mental, procurou-se melhorar a imagem que o toxicodependente tem das suas capacidades, uma vez que a maioria dos adictos tem uma imagem negativa de si próprio (o facto de não ter conseguido abandonar o consumo ao longo dos anos faz o grupo sentir que não é capaz de concretizar objectivos) (Hapetian, 1997). Neste âmbito, realizou-se uma sessão de terapia pela arte, através da construção do instrumento musical de sopro australiano *didgeridoo*, em parceria com um artista criativo, que tem ligação a

uma associação de divulgação do instrumento. O *didgeridoo* é construído a partir de um tronco de pau de piteira e cuidadosamente decorado com pintura (ver Plano de Sessão, Anexo V.I, p.139). A terapia pela arte tem vantagens reconhecidas no aumento da autoconfiança dos que nela participam. Para quem tem dificuldades em concretizar os seus objectivos, como é o caso dos toxicodependentes (Hapetian, 1997), terminar satisfatoriamente uma tarefa que se apresenta como complexa – uma obra de arte – melhora significativamente o bem-estar psicológico.

A execução das actividades decorreu entre Fevereiro e Maio de 2013, no espaço sede da instituição, sobretudo na sala de convívio, local de encontro dos adictos, e em zonas de consumo, no caso da recolha de materiais.

O grupo de participantes nas actividades variou consoante a sessão, surgindo através da motivação e estabelecimento de confiança com o público-alvo da instituição. A variabilidade do número e características dos participantes foi uma consequência directa do modo de vida do toxicodependente, que recusa compromissos e se desinteressa com facilidade de assuntos que fujam da rotina “*compra – chuta – curte – ressaca – compra*” (Fernandes & Ribeiro, 2002, p.60).

MÊS		CALENDARIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES
<i>Fevereiro</i>	Actividade I	<i>Workshop</i> de alimentação saudável
<i>Fevereiro</i>	Actividade II	Sessão sobre higiene das mãos
<i>Março</i>	Actividade III	Sessão sobre doenças oncológicas
<i>Março</i>	Actividade IV	Aula de primeiros socorros
<i>Abril</i>	Actividade V	Terapia pela arte (construção de <i>didgeridoos</i>)
<i>Abril</i>	Actividade VI	Recolha de materiais de consumo na rua
<i>Maio</i>	Actividade VII	Entrevistas a membros da “Equipa de Rua Reduz”

5. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ACTIVIDADES

Apesar das dificuldades encontradas num projecto que se apoia na participação voluntária, foi possível estabelecer uma relação de confiança com o público-alvo da instituição e motivá-los a participarem nas sessões. Do número total de participantes constam dezasseis utentes da “Equipa Reduz”, que se distribuíram pelas diferentes actividades, sendo que alguns deles participaram em várias sessões. As características dos

participantes foram também diversificadas, incluindo maioritariamente toxicodependentes, mas também trabalhadores do sexo, sem-abrigo, alcoólicos, entre outros utentes da instituição, vítimas de exclusão social.

Do *workshop* de alimentação saudável esperava-se a redução do consumo de alimentos pouco saudáveis e o aumento do gosto pelo consumo de frutas e outros alimentos saudáveis. Para a avaliação desta actividade foram aplicados inquéritos por questionário, com perguntas fechadas (Barata, 1974), quer antes, quer após a actividade. Os primeiros inquéritos foram aplicados numa perspectiva de diagnóstico, no sentido de recolher dados sobre os hábitos alimentares dos utentes, para posteriormente avaliar se havia ou não necessidade de realização de actividades neste sentido (ver Questionário de Avaliação, Anexo I.II, p.45). Verificou-se que a maioria dos participantes do inquérito apenas realizava na instituição as refeições do lanche e os donativos alimentares, negligenciando o pequeno-almoço. É comum o consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras, bem como em hidratos de carbono. Menos frequente é o consumo de frutas e alimentos ricos em cálcio (ver Resultados da Avaliação, Anexo I.IV, p.55). Os resultados da realização do inquérito de diagnóstico justificaram então a realização da actividade, que teve um total de dezasseis participantes. O interesse pela actividade motivou a sua repetição semanal ao longo de todo o mês de Fevereiro, tendo-se aplicado inquéritos por questionário para a avaliação de cada uma das sessões, no sentido de recolher dados sobre a satisfação e o interesse dos participantes pela temática (ver Questionário de Avaliação, Anexo I.III, p.49). Após a primeira sessão verificou-se que todos os participantes realizavam pela primeira vez uma actividade sobre a temática e que ficaram satisfeitos com a participação. Nas semanas seguintes, verificou-se o aumento do uso da liquidificadora para a confecção dos batidos, o aumento da iniciativa pessoal para a realização das actividades (inclusive a preocupação em arranjar ingredientes para os batidos), bem como o aumento da participação dos toxicodependentes na limpeza dos materiais da actividade (ver Resultados da Avaliação, Anexo I.V, p.59).

A sessão sobre higiene das mãos contou também com dezasseis participantes, mas o interesse pela temática foi reduzido e os objectivos não foram cumpridos inicialmente, pois não se verificaram alterações de comportamento neste aspecto da higiene pessoal. A actividade foi avaliada através da observação das práticas dos utentes e de um inquérito por questionário que, tal modo os restantes questionários aplicados ao longo das acções, foram

preenchidos pelo público-alvo ou pela investigadora, que retomava verbalmente as respostas do público e preenchia o inquérito (Barata, 1974) (ver Questionário de Avaliação, Anexo II.II, p.65). Tendo em conta os resultados iniciais, no mês seguinte à actividade, tentou-se incutir o hábito de lavagem das mãos informalmente, junto dos adictos, na hora do lanche, mudando de estratégia para conseguir atingir os objectivos pretendidos. Continuaram a aplicar-se inquéritos semanalmente, para avaliação da evolução da actividade, até ao final do mês. Verificou-se então um aumento do número de utentes que lavam as mãos no horário do lanche (ver Resultados da Avaliação, Anexo II.III, p.69).

A sessão sobre doenças oncológicas foi avaliada através de um questionário e de conversas informais com os participantes, no sentido de recolher dados em relação ao interesse pelo tema, à satisfação em relação ao decorrer da sessão e à hipótese de participação noutras sessões sobre temas de saúde (ver Questionário de Avaliação, Anexo III.II, p.85). Participaram nove utentes, que se mostraram interessados pela temática, ficaram esclarecidos sobre o assunto, mas sentiram alguma dificuldade em partilhar experiências sobre o tema, entenderam que os recursos usados e a profissional de saúde parceira eram adequados para a sessão e revelaram interesse para a participação em outras sessões sobre temas de saúde (ver Resultados da Avaliação, Anexo III.III, p.89).

A aula de primeiros socorros visou ensinar os toxicodependentes sobre como actuarem em caso de *overdose*. Foi avaliada através de um inquérito por questionário e conversas informais com os participantes, no sentido de entender se foi realizada alguma aprendizagem nova e significativa (ver Questionário de Avaliação, Anexo IV.II, p.127). Os cinco participantes não tinham, regra geral, conhecimentos de primeiros socorros e nunca tinham participado numa sessão semelhante. Os mesmos ficaram esclarecidos em relação ao tema e consideraram importante sobretudo a parte prática da sessão. A postura da profissional de saúde que dinamizou a sessão correspondeu às expectativas dos participantes e a reflexão e diálogo finais foram significativos para os adictos (ver Resultados da Avaliação, Anexo IV.III, p.131).

A sessão de terapia pela arte visou a melhoria da autoconfiança dos adictos através da construção e pintura de *didgeridoo's*. Participaram quatro utentes em duas sessões: na primeira foi realizada apenas a pintura do instrumento e, posteriormente, o dinamizador propôs a construção do instrumento por completo. Para a avaliação das sessões foram

aplicados inquéritos por questionário e conversas informais com os participantes (ver Questionário de Avaliação, Anexo V.II, p.141). Estes conheciam de certa forma o instrumento, mas não como construí-lo ou como tocá-lo. Mostraram-se interessados pela temática e satisfeitos com a postura do dinamizador. Revelaram ainda interesse pela participação em outras sessões do mesmo género (ver Resultados da Avaliação, Anexo V.III, p.147).

Outra actividade foi realizada no sentido de promover a participação dos toxicodependentes na recolha de materiais de consumo na rua. Esta actividade foi também avaliada com recurso a um questionário e conversas informais com os adictos (ver Questionário de Avaliação, Anexo VI.II, p.157). Dos cinco participantes verificou-se que a maioria já colaborava com a equipa de rua nesta actividade, quer por entender a necessidade da limpeza, quer para mostrar os locais de consumo. Os restantes toxicodependentes mostraram pouco interesse em participar na tarefa. Os participantes revelaram vontade de repetir a tarefa, mas apenas esporadicamente (ver Resultados da Avaliação, Anexo VI.III, p.161).

Por último, três técnicos da “Equipa de Rua Reduz” responderam à entrevista no sentido de recolher as opiniões sobre o papel do educador numa equipa de redução de danos. Em relação à pergunta de partida deste trabalho, identificando os aspectos em que o educador para a saúde pode melhorar o trabalho da equipa. Optou-se pela realização de entrevistas estruturadas (ver Guião de Entrevista, Anexo VII.I, p.167), com respostas abertas (Barata, 1994), permitindo aos entrevistados exporem as suas percepções sobre o tema e apoiarem-se nas suas experiências para fornecerem dados (Quivy & Campenhoudt, 1992).

A análise das respostas dadas nas entrevistas foi realizada através da revisão do texto e síntese dos principais conteúdos de interesse em relação às seguintes categorias de análise: problemas e necessidades das instituições de redução de danos, papel do educador para a saúde na instituição e funções do educador na equipa de redução de danos. Verificou-se uma certa fuga às questões, tendo os entrevistados procurado realçar sobretudo os aspectos positivos do seu trabalho, em detrimento dos aspectos a melhorar (ver Entrevistas, Anexo VII, p.169). Assim sendo, foram apontados como principais problemas vividos pela instituição de redução de danos: a falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho do pessoal existente, o fenómeno burnout (ou seja, a vivência da frustração do público-alvo) e

a insegurança em contexto de trabalho, a confusão de papéis entre os profissionais e a dificuldade em inculcar no público-alvo o cumprimento de regras. Relativamente ao papel do educador para a saúde numa instituição de redução de danos, as pistas deixadas pelos interlocutores apontam sobretudo para o perfil ideal do trabalhador da instituição e não tanto para os objectivos do trabalho do educador. Desse perfil ideal constam as seguintes qualidades: ter vocação e interesse pela área, acreditar na importância do trabalho de redução de danos, não ser repressivo e estabelecer confiança com os adictos, saber lidar com os problemas e frustrações do trabalho. No que diz respeito ao papel do educador em si, os interlocutores fizeram referência aos seguintes objectivos possíveis do seu trabalho: trabalhar não só a saúde biológica, mas também a saúde mental e social e colmatar as insuficiências na vertente prática do projecto da instituição, através de acções de sensibilização sobre temas de interesse para a vida diária dos adictos. Relativamente às funções do educador na equipa, procurou-se delimitá-las no sentido de não sobrepor o seu trabalho ao de outros técnicos. Contudo, os entrevistados referiram apenas que a presença do educador seria benéfica para a equipa, já que este poderia abordar assuntos com os toxicodependentes que os restantes técnicos, pelas suas diversas responsabilidades, não conseguem abordar.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Qual o papel do educador para a saúde numa instituição de redução de danos? Procurou-se obter algumas respostas ao longo da realização do presente projecto: num primeiro passo, através da revisão de literatura sobre a educação em matéria de redução de danos e através da auscultação da “Equipa Reduz” em relação à sua opinião sobre a questão; num segundo passo, através da execução, na prática, de acções com objectivos de educação para a saúde numa equipa de rua.

Estas acções práticas permitiram concluir que o trabalho do educador para a saúde pode, de facto, contribuir para a melhoria do bem-estar físico e mental do toxicodependente e de outros utentes de uma equipa de rua. Um dos objectivos do projecto era o de sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável, uma vez que é possível identificar um défice nos cuidados de alimentação deste grupo de risco (Gonçalves, 2011). Verificou-se que o trabalho do educador pode contribuir para alterar os hábitos alimentares dos adictos e aumentar a sua preocupação com as refeições.

O objectivo de criar hábitos de higiene e limpeza foi mais difícil de cumprir, sendo mais complicado motivar os toxicodependentes para este tipo de actividades. Contudo, isso torna ainda mais importante a actuação do educador para a saúde neste sentido, desde logo pelo elevado défice de cuidados de higiene dos toxicodependentes (Gonçalves, 2011) e pela grande necessidade de limpeza dos locais de consumo, já tão degradados. Esta limpeza dos espaços é muito importante para melhorar a relação dos toxicodependentes com a comunidade envolvente, que os marginaliza (Pinto-Coelho, 2001; Gonçalves, 2011).

Outro objectivo, de consciencializar para os riscos decorrentes de uma vida pouco saudável, mostrou dar ao educador a possibilidade de abordagem de um vasto número de temas de saúde, do interesse de um grupo com uma saúde bastante fragilizada. Neste projecto abordaram-se os temas da *overdose* e das doenças oncológicas, mas os participantes mostraram interesse por estes e outros temas de saúde.

Relativamente ao objectivo de melhorar a imagem que o toxicodependente tem das suas capacidades, verificou-se a importância de o educador contribuir para reduzir a insegurança e a baixa autoestima dos adictos, tornando-os mais aptos para não cederem a pressões externas, através do elogio e valorização das suas capacidades (Pinto-Coelho, 2001; Hapetian, 1997). No entanto, constataram-se algumas dificuldades em medir as alterações na autoestima e autoconfiança das pessoas, sendo notadas sobretudo na satisfação dos participantes nas actividades.

Todos estes objectivos contribuíram para identificar possíveis funções do educador para a saúde numa instituição de redução de danos. Através das actividades levadas a cabo e da auscultação da opinião da “Equipa Reduz” concluiu-se que o educador deve trabalhar a saúde física, mental e social dos toxicodependentes, numa vertente prática, abordando temas de interesse para o dia-a-dia dos membros deste grupo de risco. As instituições de redução de danos, nas suas actividades educativas, sensibilizam para os riscos decorrentes do uso de drogas, sobretudo no que diz respeito ao contágio por doenças infecciosas (Deslandes *et al*, 2002). Contudo, o educador pode contribuir para diversificar essas respostas educativas, já que a população-alvo de uma equipa de rua é diversificada e, portanto, as necessidades são também variadas (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006; Rebelo, 2008; Silva, 2004). Também na revisão de literatura se encontraram outros objectivos, presentes em novas abordagens ao tema da redução de danos, como o de elevar os níveis de saber e competências dos toxicodependentes (como se procurou com as

sessões práticas sobre higiene e cuidados alimentares realizadas), o de promover a autonomia e a responsabilidade individual (através de acções de capacitação para a tomada de decisões e de aumento da autoconfiança) e o de desenvolver laços sociais e comunitários (como se tentou com acções como a limpeza dos locais de consumo) (Morel *et al*, 2001; NPNUI, 2007).

Para além da relação do trabalho do educador com estes objectivos, foi possível identificar a importância de o educador estabelecer confiança com os adictos, promovendo a sua participação activa, mas ao mesmo tempo contribuir para o cumprimento de regras. O educador para a saúde, inserido numa instituição de redução de danos, não deve ser moralista (Feffermann & Figueiredo, 2006; Fischer *et al*, 2004), nem distante da realidade (Fernandes, Pinto & Oliveira, 2006). O contacto de proximidade e o estabelecimento de confiança são fundamentais para motivar a participação dos toxicodependentes nas acções (Gonçalves, 2011; Barbosa, 2011; Callon *et al*, 2013). Cabe ao educador ser um observador-participante, que conversa informalmente com os adictos, visita os locais de consumo e desenvolve projectos de proximidade. Se se esconder no seu “gabinete”, o educador irá acabar por definir objectivos com base nas suas próprias crenças e vontades e não com base nas reais necessidades do público-alvo (Fernandes, 2009).

Conduzir cada toxicodependente a participar activamente no funcionamento da instituição é um verdadeiro desafio. Cortar com a sua visão como doente/utente, carente de cuidados (Morais, 2008) e envolvê-lo na prestação de autocuidados é difícil, mas muito importante. Isso foi vivido ao longo da execução das acções já que, mesmo após o estabelecimento de confiança, foi difícil envolver os utentes da equipa no projecto. A participação torna-se ainda mais complexa porque implica o cumprimento de regras, horários e outros compromissos com a instituição, que não estão enraizados no estilo de vida dos adictos, habituados a que as responsabilidades recaiam apenas sobre a parte institucional. Por isso, tudo o que o educador puder fazer para contribuir para a emancipação do toxicodependente, tornando-o num cidadão não só com direitos, mas também deveres, será um passo importante no trabalho de redução de danos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Actualmente, apresentam-se como soluções para o problema da toxicodependência o tratamento e a redução de danos. A não ser que, no futuro, a ciência brinde a sociedade com estratégias mais eficazes, a redução de danos continua a ser a opção ideal para quem não quer ou não consegue abandonar o consumo e enfrentar os efeitos da abstinência.

A abordagem preventiva de redução de danos aceita as opções do consumidor de drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas, mas ajuda-o a colocar em prática acções que protejam a sua saúde e evitem o aparecimento das consequências negativas da toxicodependência. É, no fundo, uma abordagem de promoção e educação para a saúde.

A redução de danos, enquanto estratégia preventiva, tem o potencial de incluir o conhecimento e discussão da experiência quotidiana dos toxicodependentes, a promoção da sua autonomia e participação reflexiva e a busca de comportamentos de autocuidado individual. Contudo, nem sempre é assim que acontece. Foi possível verificar que os consumidores fazem uso do seu rótulo de “utentes” apenas para usufruírem dos serviços prestados pelos profissionais e da troca de material de consumo. Eles canalizam as suas capacidades para o seu modo de vida e raras vezes participam nas tarefas da instituição.

Esta dificuldade em trabalhar com esta população-alvo não é um problema apenas da Equipa de Rua Reduz, estende-se a todas as equipas e deve ser preocupação de projectos semelhantes. Lidar com a falta de recursos financeiros e humanos não é tarefa fácil. A “Equipa de Rua Reduz” necessita de um elemento de enfermagem ou com conhecimentos de saúde, para tarefas como o controlo da medicação dos utentes ou a abertura de uma sala de consumo assistido.

A ligação dos toxicodependentes com os serviços e profissionais de saúde pode estreitar-se pelo trabalho do educador para a saúde. Este precisa de ser destemido e ter uma mente “aberta” para sair à rua e fazer um verdadeiro levantamento das necessidades educativas dos consumidores de drogas. Será a base de qualquer projecto – dialogar com os adictos e conhecer o seu modo de vida. A partir daí surgirão acções educativas, algumas das quais se propõem neste trabalho. Estas acções não devem ser expositivas e distantes da realidade, mas sim incluir a participação activa e alterar comportamentos do quotidiano. Se o educador se centrar apenas em expor conteúdos sobre como prevenir riscos, dando

continuidade ao trabalho das campanhas de sensibilização, irá rapidamente verificar que os consumidores estão demasiado preocupados com a obtenção da droga para assimilarem as aprendizagens e as colocarem em prática. Se os adictos não forem activamente envolvidos no processo de aprendizagem e se as competências adquiridas não forem significativas para a sua vida diária, perderão facilmente o interesse.

Construir um projecto perfeito nesta área é tarefa impossível, pois tudo está dependente de um público demasiado inconstante e desinteressado. A presente investigação/acção é, como outros projectos, demasiado modesta para responder a todas as necessidades da redução de riscos e minimização de danos. O tempo foi curto para conhecer todas as dificuldades e, sobretudo, para actuar e conseguir dados de avaliação. Apesar de tudo foi possível levar para a instituição um pouco do contributo do educador para a saúde.

Deixa-se o desafio para a construção de projectos de educação para a saúde na área da toxicodependência, na prevenção ou tratamento, pois é preciso actuar e fazer experiências neste sentido, já que se trata de uma área carente de evolução. Há que explorar ainda o papel do educador na organização de sessões sobre as principais temáticas da redução de danos, como a prevenção de doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis ou a aprendizagem da utilização correcta da seringa em salas de consumo assistido.

BIBLIOGRAFIA

- Andrade, P.; Carapinha, L.; Sampaio, M.; Shirley, S.; Rodriguez, I. & Silva, M. (2007). “Para além do espelho: a intervenção de proximidade nas toxicodependências”. *Revista Toxicodependências*, 13(2), 9-24.
- Averbach, J. D.; Wypijewska, C. & Brodie, H. K. (Eds.) (1994). *AIDS and behavior: an integrated approach*. Washington D. C.: Institute of Medicine: Committee on Substance Abuse and Mental Health Issues in AIDS Research.
- Barata, O. S. (1994). *Introdução às ciências sociais I* (8ª Edição). Lisboa: Bertrand Editora.
- Barbosa, J. (2009). “A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política”. *Revista Toxicodependências*, 15(11), 33-42.

- Barbosa, J. (2011). “Enfrentar novos riscos e resgatar a cidadania perdida: práticas de serviço social no seio das políticas de redução de danos”. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 71-84.
- Callon, C.; Charles, G.; Alexander, R.; Small, W. & Kerr, T. (2013). “On the same level: facilitators experiences running a drug user-led safer injecting education campaign”. *Harm Reduction Journal*, 10(4).
- Costa, E. M. (2009). “A redução de danos enquanto pilar da estratégia de luta contra as drogas”. *Revista da EMERJ*, 12(48), 53-58.
- Cruz Vermelha Portuguesa – Escola de Socorrismo (2006). *Manual de socorrismo*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Deslandes, S. F.; Mendonça, E. A.; Caiaffa, W. T. & Doneda, D. (2002, Janeiro-Fevereiro). “As concepções de riscos e de prevenção segundo a óptica dos usuários de drogas injectáveis”. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 141-151.
- Dias, L. N. (2007). *As drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Feffermann, M. & Figueiredo, R. (2006, Dezembro). “Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens”. *Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo*, 40.
- Fernandes, L. (2009). “O que a droga faz à norma”. *Revista Toxicodependências*, 15(1), 3-18.
- Fernandes, L.; Pinto, M. & Oliveira, M. (2006). “Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal”. *Revista Toxicodependências*, 12(2), 71-82.
- Fernandes, L. & Ribeiro, C. (2002). “Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social”. *Sociologia, problemas e práticas*, 39, 57-68.
- Fischer, B.; Turnbull, S.; Poland, B. & Haydon, E. (2004). “Drug use, risk and urban order: examining supervised injection sites (SIS’s) as governmentality”. *International Journal of Drug Policy*, 15, 357-365.
- Geismar-Wieviorka, S. (1999). *Nem todos os toxicómanos são incuráveis*. Lisboa: Terramar Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda. Tradução de Ana Mónica Faria de Carvalho.

- Gonçalves, J. T. (2011). *Consumos de drogas, comunidade e mediação: auscultação dos agentes sociais sobre a implementação de uma sala de consumo assistido, em Guimarães* (Relatório de Estágio do Mestrado em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária). Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Hapetian, I. (1997). *Famílias: entender a toxicodependência*. Lisboa/São Paulo: Editorial Verbo.
- Lang, K.; Neil, J.; Wright, J.; Dell, C. A.; Berenbaum, S. & El-Anned, A. (2013, 1 de Outubro). "Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers". *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 8(35).
- MacDonald, M.; Law, M.; Kaldor, J.; Hales, J. & Dore, G. J. (2003). "Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission". *International Journal of Drug Policy*, 14, 353-357.
- Marlatt, G. Alan (1999). *Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco* (Daniel Bueno, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Matias, I.; Mota, J.; Santos, M.; Pinto, P. & Ortet, S. (2012). *Relatório 2012* (Relatório anual do projecto GAT-UP, actualmente Equipa de Rua Reduz). Coimbra: GAT-UP, Gabinete de Apoio a Toxicodependentes.
- Morais, M. (2008). "O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais". *Ciência & Saúde Colectiva*, 13(1), 121-133.
- Morel, A.; Boulanger, M.; Hervé, F. & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias* (Isabel Lúcio, Trad.). Lisboa: CLIMEPSI – Sociedade Médico-Psicológica, Lda.
- Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. (Beatriz de Sousa, Trad.) Lisboa: CLIMEPSI – Sociedade Médico-Psicológica, Lda.
- Non Prescription Needle Use Initiative (NPNUI) (2007). *Working with people who use drugs: a harm reduction approach*. Edmonton, AB: Canadian Liver Foundation.
- Pacheco, J.; Murcho, N.; Jesus, S. N. & Pacheco, A. S. (2009, Janeiro-Junho). "Factores de risco e de protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão". *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 17(1), 33-38.
- Patrício, L. D. (1991). *Os profissionais de saúde e a droga*. Lisboa: Colecção Projecto VIDA.

- Pimenta, A. & Rodrigues, M. (2006). “Redução de danos: prostituição e toxicodependência”. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 49-54.
- Pinto-Coelho, M. (2001). *Ser herói para a heroína* (2ª Edição). Lisboa: Editorial Notícias.
- Queiroz, I. S. (2001, Dezembro). “Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas”. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, 21(4).
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais* (João Marques e Maria Amália Mendes, Trad.) Lisboa: Gradiva-Publicações, Lda.
- Rebelo, Joana Margarida Correia. (2008). *Relações familiares e toxicodependência* (Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em avaliação psicológica). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, António da Cruz (Ed.) (s.d.). *O que sabe sobre a droga*. Lisboa: Editorial Restauração, S.A.R.L.
- Romaní, O. (2008, Setembro/Dezembro). “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Salud colectiva*, 4(3).
- Roque, M. (2011, 15 de Setembro). “Droga: flagelo em Coimbra”. *Cnotícias*, 33.
- Silva, R. P. (2004). "Prevenção das toxicodependências". *Análise Psicológica*, 1(22), 269-271.

ANEXO I: *WORKSHOP* DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

I.I. PLANO DE SESSÃO, p. 43

I.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, p.45

I.III. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO, p.49

I.IV. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA, p.55

I.V. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO, p.59

I.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	<i>Workshop</i> de Alimentação Saudável
OBJECTIVO GERAL:	Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Conduzir à aprendizagem da confecção de refeições utilizando ingredientes saudáveis; Mostrar como as refeições saudáveis podem também ser agradáveis.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	16 Participantes
DATA:	2 de Fevereiro de 2013
LOCAL:	Instituição da Equipa de Rua REDUZ – Terreiro da Erva - Coimbra
TEMPO:	Das 16h30m às 19h00
METODOLOGIA:	A metodologia utilizada para dinamizar a actividade é organizada pela animadora (estagiária) que incentiva o público-alvo a preparar o seu batido, desde descascar a fruta, cortá-la, colocá-la na liquidificadora junto com leite e, por último, colocar o batido no copo para beber e saborear. A última tarefa que lhes é proposta é deixar o local limpo e arrumado (copos e liquidificadora).
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Liquidificadora, leite, fruta variada, recipientes para colocar as frutas, faca para descascar e cortar as frutas e copos para beber os batidos de fruta.
AValiação:	A actividade é avaliada através de questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
O <i>workshop</i> de alimentação saudável tem como objectivo apoiar os toxicodependentes na construção de um estilo de vida saudável. Uma vez que a sua alimentação é carente no leite e fruta, tem como finalidade incentivar a que eles comecem a introduzir estes dois alimentos nas refeições.	16h30m às 19h00	Por iniciativa da animadora foi oferecida uma liquidificadora aos utentes da Equipa de Rua, para lhes facilitar e incentivar a introdução destes dois alimentos na sua alimentação.	No bar do Instituição, a animadora participa a oferta da liquidificadora ao público-alvo. Com a participação de alguns elementos monta-se a liquidificadora, coloca-se os recipientes para a fruta, a faca, a fruta e o leite. Começa-se por preparar a fruta e, por fim, um de cada vez, faz o seu próprio batido para beber e saborear.
DESENVOLVIMENTO	O objectivo principal desta actividade é observar a autonomia dos participantes na actividade e facilitar-lhes o material, para que eles actualmente tenham a possibilidade e a facilidade de tornar a sua alimentação mais saudável.		
CONCLUSÃO	Por último é-lhes sugerido que deixem o local limpo e arrumado. Também é um dos objectivos o de incutir regras dentro da Instituição.		

I.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11º Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

"WORKSHOP DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL"

Com este questionário pretendemos avaliar se os utentes da Instituição têm uma alimentação correcta.

Fazes as pequenas refeições na Instituição (pequeno almoço, lanche e donativos)?
Assinala com um **X** a resposta que mais se ajusta à tua realidade.

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTE	SEMPRE
Pequeno-almoço					
Lanche					
Donativos					

Numa escala de 1 a 5 valores, pretendemos avaliar as questões A, B, C, D, E, F, G, H, sendo o **1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Frequente; 5 –Sempre.**

Assinala com um **X** a resposta a que se adequa à tua alimentação.

	QUESTÕES	1	2	3	4	5
A	Comes 5 peças de frutas ou legumes por dia?					
B	Comes alimentos ricos em cálcio diariamente?					
C	Cerca de um terço da tua alimentação baseia-se em hidratos de carbono amiláceos (pão, massa, arroz, cereais, batatas)?					
D	Ao pequeno-almoço tomas um copo de leite e pão com queijo/ fiambre/ manteiga?					
E	Diariamente bebes pelo menos 8 copos de água ou outros líquidos (sem ser bebidas alcoólicas)?					
F	No teu dia a dia ingeres muita quantidade de açúcar e gorduras?					
G	Diariamente Incluis proteínas na tua alimentação?					
H	Comes peixe duas ou três vezes por semana, especialmente peixes gordos?					

I.III. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

1ª INTERVENÇÃO DA ACTIVIDADE: 2/2/2013

Algumas vezes realizaram actividades deste âmbito na Instituição? Assina com um **X** a tua resposta.

WORKSHOP DE BATIDOS SAUDÁVEIS	1ª Vez	Poucas Vezez	Às Vezez	Muitas vezez

Gostaste desta actividade e da oportunidade de teres sido um participante activo na criação do teu próprio batido de fruta? Numa escala de 1 a 4 valores, avalia a actividade, sendo **1- Insatisfeito; 2- Pouco satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito satisfeito**. Assinala com um **X** a tua opinião.

WORKSHOP DE BATIDOS SAUDÁVEIS	1	2	3	4

AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE

MÊS DE FEVEREIRO

No âmbito dos dados obtidos no inquérito que os utentes responderam verificámos que na sua alimentação têm falta de alimentos de cálcio e frutas.

Pretendemos avaliar se introduzem estes dois alimentos na sua alimentação e se o Workshop dos batidos de fruta os motiva para que exista mudança para terem uma alimentação mais rica e equilibrada nesses alimentos. Por outro lado, também queremos observar a cooperação e a participação por parte deles na criação de batidos de fruta.

A estagiária ofereceu a liquidificadora para a Instituição quando realizou a actividade do *workshop*, com o objectivo de incentivar a que eles tenham uma alimentação mais saudável, para “provocar” uma nova mudança na sua alimentação. Também é uma estratégia para eles terem iniciativa e responsabilidade de serem autónomos na preparação da sua alimentação.

1ª SEMANA DE 4 A 8 DE FEVEREIRO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUANTAS VEZES UTILIZASTE A LIQUIDIFICADORA	1	2	3	4
A	PARA FAZERES BATIDOS DE FRUTA AO LANCHE?				

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO B**, sendo: **1- Eu Próprio (a); 2- As Estagiárias; 3- Equipa Técnica; 4- Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM TOMOU A INICIATIVA DE PREPARAR O BATIDO	1	2	3	4
B	AO LANCHE?				

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO C**, sendo: **1 - Eu Próprio (a); 2 - As Estagiárias; 3 - Equipa Técnica; 4 - Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM EFECTOU A LIMPEZA E ARRUMAÇÃO DA	1	2	3	4
C	LIQUIDIFICADORA E O COPO DO BATIDO?				

2ª SEMANA DE 11 A 15 DE FEVEREIRO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUANTAS VEZES UTILIZASTE A LIQUIDIFICADORA	1	2	3	4
A	PARA FAZERES BATIDOS DE FRUTA AO LANCHE?				

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO B**, sendo: **1- Eu Próprio (a); 2- As Estagiárias; 3- Equipa Técnica; 4- Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM TOMOU A INICIATIVA DE PREPARAR O BATIDO	1	2	3	4
B	AO LANCHE?				

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO C**, sendo: **1 - Eu Próprio (a); 2 - As Estagiárias; 3 - Equipa Técnica; 4 - Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM EFECTOU A LIMPEZA E ARRUMAÇÃO DA	1	2	3	4
C	LIQUIDIFICADORA E O COPO DO BATIDO?				

3ª SEMANA DE 18 A 22 DE FEVEREIRO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES UTILIZASTE A LIQUIDIFICADORA PARA FAZERES BATIDOS DE FRUTA AO LANCHE?	1	2	3	4

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO B**, sendo: **1- Eu Próprio (a); 2- As Estagiárias; 3- Equipa Técnica; 4- Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO B	QUEM TOMOU A INICIATIVA DE PREPARAR O BATIDO AO LANCHE?	1	2	3	4

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO C**, sendo: **1 - Eu Próprio (a); 2 - As Estagiárias; 3 - Equipa Técnica; 4 - Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO C	QUEM EFECTOU A LIMPEZA E ARRUMAÇÃO DA LIQUIDIFICADORA E O COPO DO BATIDO?	1	2	3	4

4ª SEMANA DE 25 A 28 DE FEVEREIRO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES UTILIZASTE A LIQUIDIFICADORA PARA FAZERES BATIDOS DE FRUTA AO LANCHE?	1	2	3	4

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO B**, sendo: **1- Eu Próprio (a); 2- As Estagiárias; 3- Equipa Técnica; 4- Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM TOMOU A INICIATIVA DE PREPARAR O BATIDO	1	2	3	4
B	AO LANCHE?				

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO C**, sendo: **1 - Eu Próprio (a); 2 - As Estagiárias; 3 - Equipa Técnica; 4 - Outros Utentes.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO	QUEM EFECTOU A LIMPEZA E ARRUMAÇÃO DA	1	2	3	4
C	LIQUIDIFICADORA E O COPO DO BATIDO?				

Obrigada pela tua colaboração!

I.IV. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	4
40 aos 50 anos	9
50 aos 60 anos	2
Mais de 60 anos	1

SEXO	
Masculino	14
Feminino	2

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	1
Desempregado	4
Desempregado/Beneficiário do RSI	9
Pensionista	2
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	0
5º Ano	1
6º Ano	4
7º Ano	1
8º Ano	2
9º Ano	6
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	2
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	16
Não	0

VIVE ONDE?	
Casa de familiares	3
Farol	1
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	4
Casa abandonada	7
Na rua	1

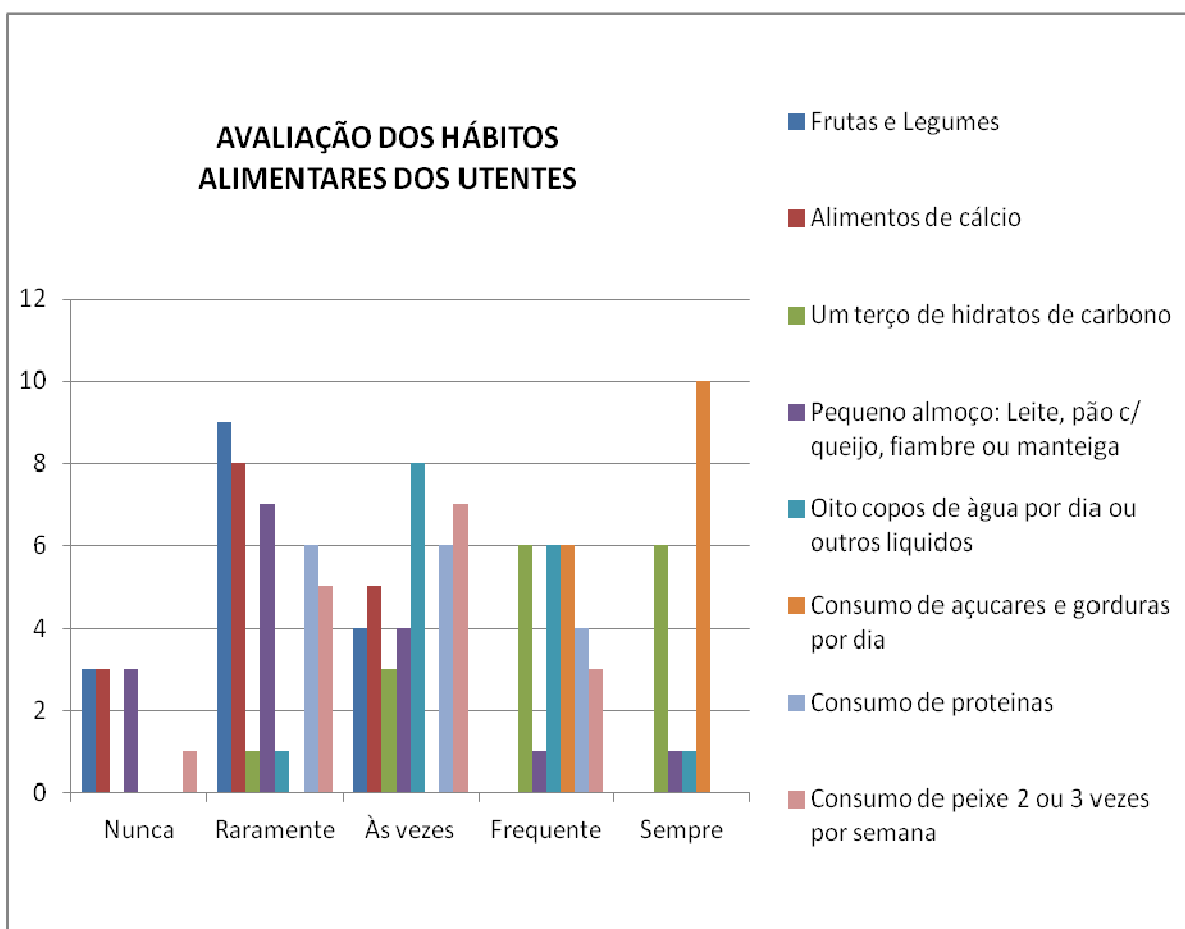
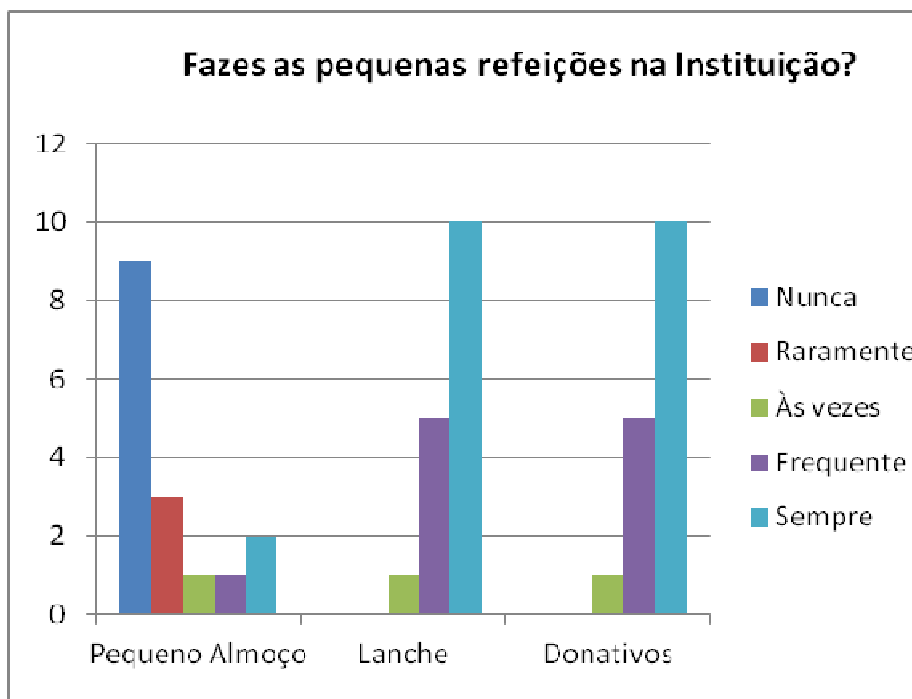
TOXICODEPENDENTE?	
Sim	12
Não	3
Toxicodependente recuperado	1

QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	1
Heroína	3
Cocaína e Heroína	7
Haxixe	1

ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	3
Buprenorfina	6
Não	3

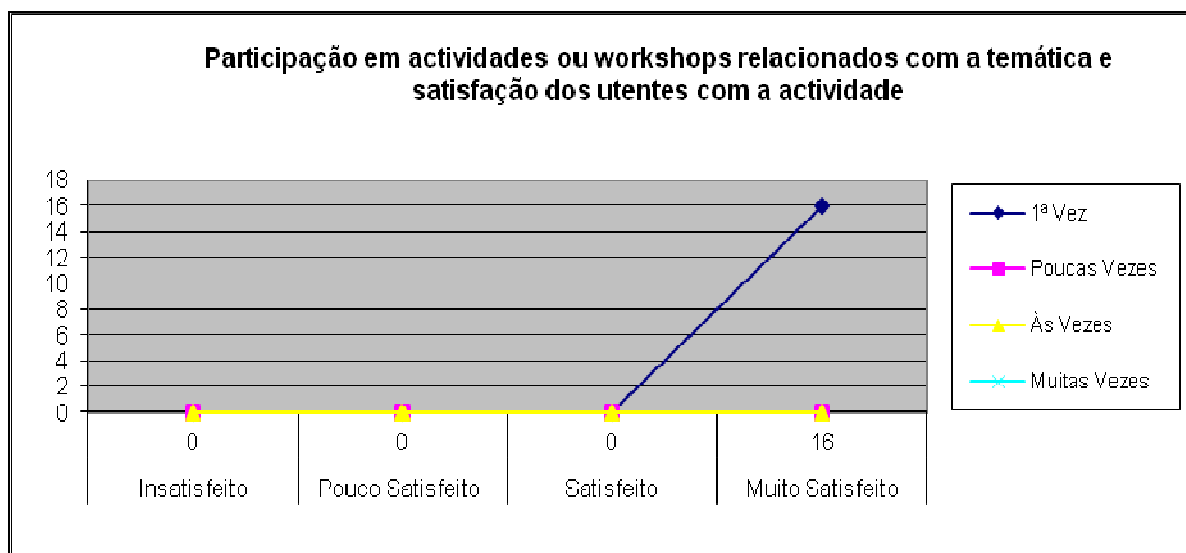
ALCOÓLICO?	
Sim	3
Não	13
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0

QUESTÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO

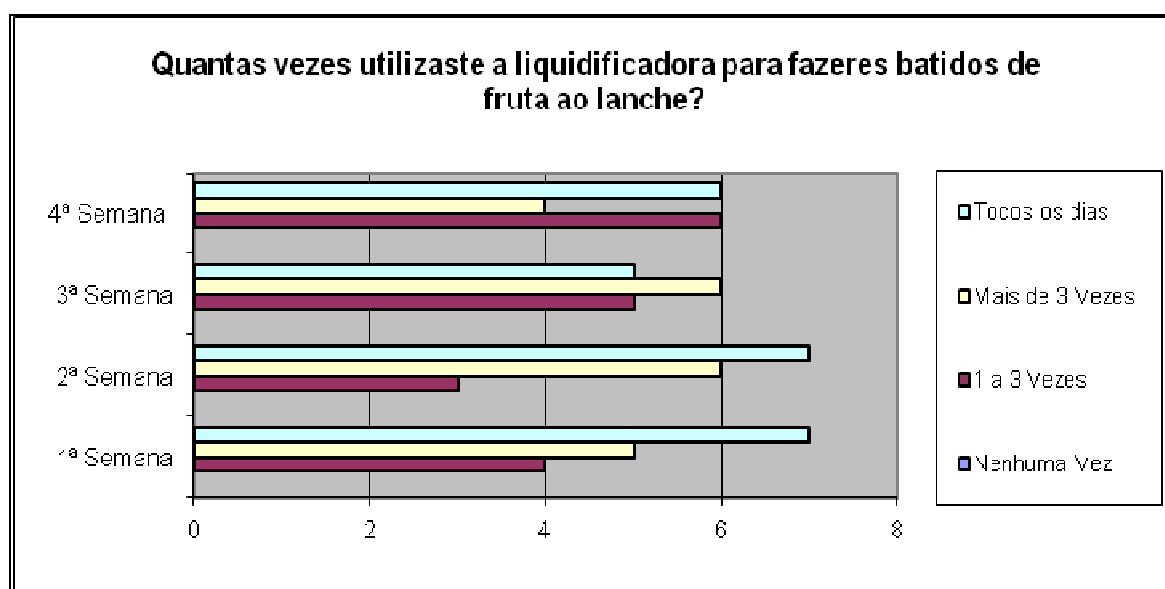


I.V. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

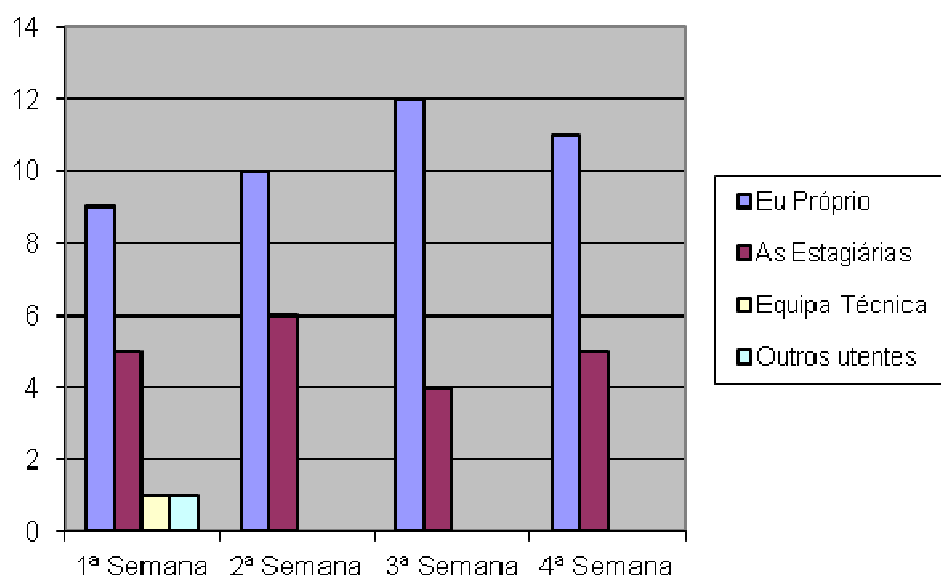
AVALIAÇÃO DA 1ª INTERVENÇÃO



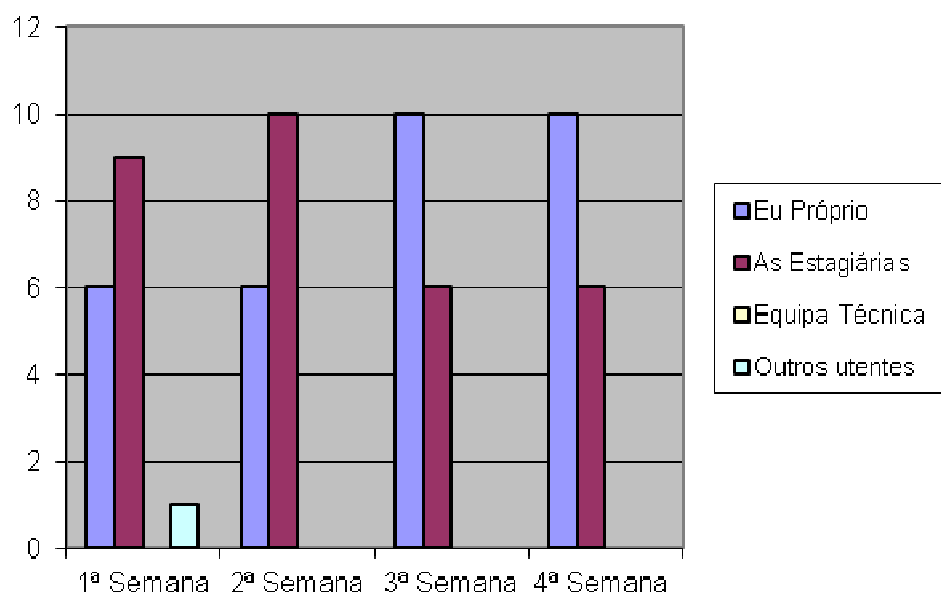
AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA INTERVENÇÃO



Quem tomou a iniciativa de preparar o batido de fruta ao lanche?



Quem efectuou a limpeza e a arrumação da liquidificadora e o copo do batido?



ANEXO II: SESSÃO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS

II.I. PLANO DE SESSÃO, p.63

II.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO, p.65

II.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO, p.69

II.IV. DOCUMENTO POWER-POINT: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, p.73

II.V. FOLHETOS INFORMATIVOS: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS, p.79

II.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	Sessão sobre higiene das mãos
OBJECTIVO GERAL:	Criar hábitos de higiene e limpeza.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Conduzir à aprendizagem da forma correcta de lavar as mãos; Levar ao reconhecimento da importância de uma boa higiene diária para a saúde.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	16 participantes
DATA:	28 de Fevereiro de 2013.
LOCAL:	Instituição da Equipa de Rua REDUZ – Terreiro da Erva - Coimbra
TEMPO:	16h30m até às 18h00
METODOLOGIA:	É do conhecimento geral que o público de exclusão social tem poucos cuidados de higiene. Realizar-se-á uma sessão de informação sobre a higiene das mãos com este público-alvo da Instituição. Ao longo de várias semanas será incutida a regra de lavar as mãos antes e depois da refeição do lanche.
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Computador e projector para visualizar informação sobre o tema, em <i>PowerPoint</i> . Folheto informativo ao pé do lavatório onde as mãos são lavadas, sabão líquido e toalhete de papel ou toalha de pano.
AValiação:	A actividade será avaliada através de questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
<p>A sessão de informação sobre a higiene das mãos tem como objectivo sensibilizar os adictos a terem cuidados básicos de higiene.</p> <p>Esta actividade tem como finalidade melhorar a prática da lavagem das mãos antes e depois das refeições. No decorrer da avaliação serão resultados esperados a criação do “hábito” da prática de cuidados básicos de higiene.</p>	16h30m às 18h00	Esta actividade é realizada na hora do lanche, sendo a mais adequada para a prática do exercício de lavagem das mãos. A comida é um motivo justificativo para que este público fique sensibilizado e associe a refeição e limpeza das mãos.	É na hora do lanche que o exercício da lavagem das mãos é avaliado. No lavatório, junto ao bar da Instituição, será colocado um folheto informativo sobre a técnica de lavagem das mãos. Os utentes terão à sua disposição sabão líquido para lavar as mãos e toalhas de papel ou pano. Ser-lhe-á solicitado que lavem as mãos em troca da refeição.
DESENVOLVIMENTO	O objectivo principal no decorrer da avaliação da actividade será verificar que o público seja assertivo e cumpridor da sugestão que lhes é pedida – Lavar sempre as mãos antes e depois da refeição.		
CONCLUSÃO	Em jeito de conclusão podemos afirmar que com esta simples dinâmica conseguiremos “impor” regras de limpeza de cuidados básicos de higiene que se praticam no nosso dia-a-dia. Para este público vai funcionar como uma “troca” em que a comida é o motivo de negociação.		

II.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11º Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

“SESSÃO SOBRE A HIGIENE DAS MÃOS”

1ª INTERVENÇÃO DA ACTIVIDADE: 28/2/2013

Com este questionário pretendemos avaliar a evolução dos cuidados de higiene da lavagem das mãos durante um mês na refeição do lanche.

PARTICIPASTE NA SESSÃO INFORMATIVA DA HIGIENE DAS MÃOS?	Sim.	Não.

LAVASTE AS MÃOS ANTES E DEPOIS DO LANCHE, DEPOIS DA SESSÃO INFORMATIVA DA HIGIENE DAS MÃOS?	Sim.	Não.

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE AO FIM PRIMEIRA SEMANA DO MÊS DE MARÇO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES CUMPRISTE O EXERCÍCIO DOS CUIDADOS DE HIGIENE DA LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E DEPOIS DO LANCHE, DURANTE ESTA SEMANA?	1	2	3	4

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE AO FIM SEGUNDA SEMANA DO MÊS DE MARÇO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES CUMPRISTE O EXERCÍCIO DOS CUIDADOS DE HIGIENE DA LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E DEPOIS DO LANCHE, DURANTE ESTA SEMANA?	1	2	3	4

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE AO FIM TERCEIRA SEMANA DO MÊS DE MARÇO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES CUMPRISTE O EXERCÍCIO DOS CUIDADOS DE HIGIENE DA LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E DEPOIS DO LANCHE, DURANTE ESTA SEMANA?	1	2	3	4

AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE AO FIM QUARTA SEMANA DO MÊS DE MARÇO

Pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores a **QUESTÃO A**, sendo: **1- Nenhuma vez; 2- 1 a 3 Vezes; 3-Mais de três vezes; 4- Todos os dias.**

Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou.

QUESTÃO A	QUANTAS VEZES CUMPRISTE O EXERCÍCIO DOS CUIDADOS DE HIGIENE DA LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E DEPOIS DO LANCHE, DURANTE ESTA SEMANA?	1	2	3	4

Obrigada pela tua colaboração!

II.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	4
40 aos 50 anos	9
50 aos 60 anos	2
Mais de 60 anos	1

SEXO	
Masculino	14
Feminino	2

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	1
Desempregado	9
Desempregado/Beneficiário do RSI	4
Pensionista	2
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	0
5º Ano	1
6º Ano	4
7º Ano	1
8º Ano	2
9º Ano	6
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	2
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	16
Não	0

VIVE ONDE?	
Casa de familiares	3
Farol	1
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	4
Casa abandonada	7
Na rua	1

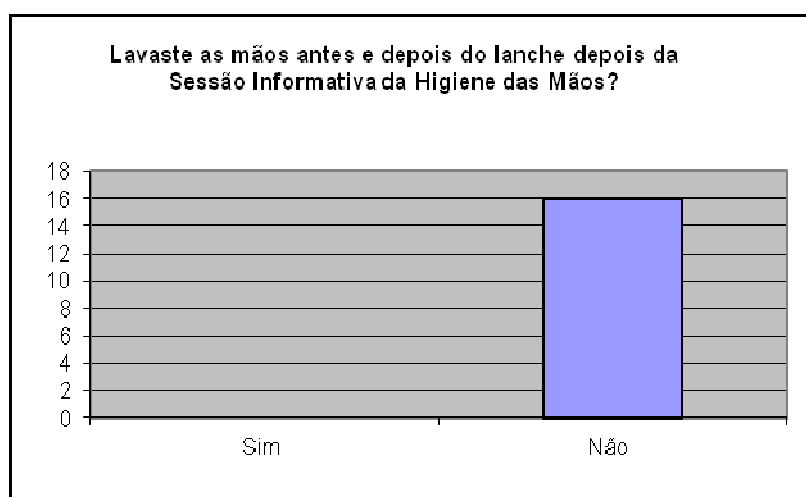
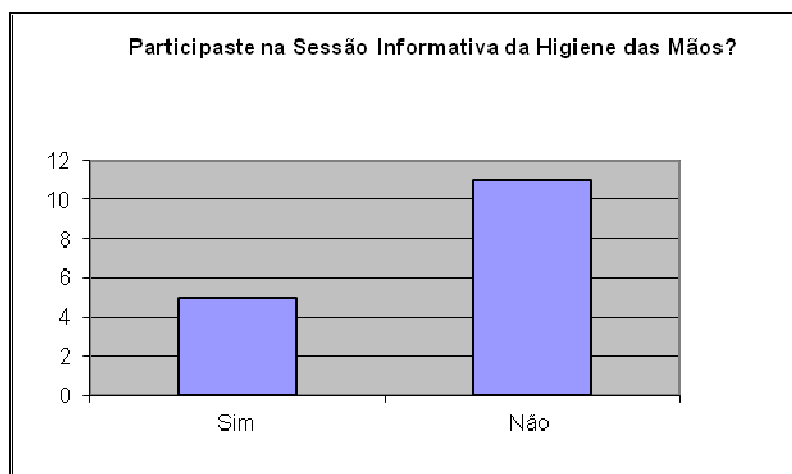
TOXICODEPENDENTE?	
Sim	12
Não	3
Toxicodependente recuperado	1

QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	1
Heroína	3
Cocaína e Heroína	7
Haxixe	1

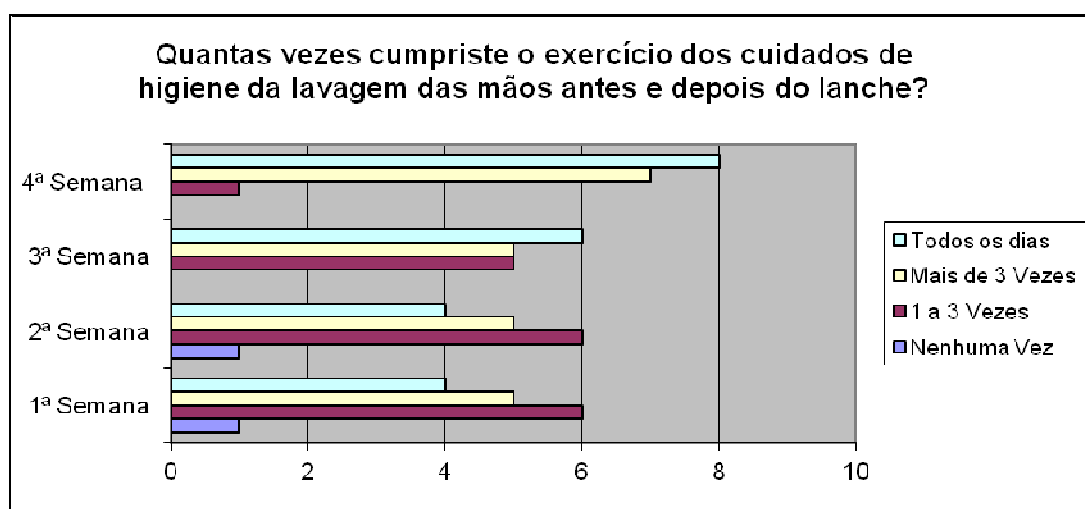
ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	3
Buprenorfina	6
Não	3

ALCOÓLICO?	
Sim	3
Não	13
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0

AVALIAÇÃO DA 1ª INTERVENÇÃO



AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE DURANTE QUATRO SEMANAS DO MÊS



II.IV. DOCUMENTO POWER-POINT: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



medidas simples salvam vidas

Higiene das mãos


Lavar as mãos é muito importante, pois se não as lavarmos, ficamos com elas cheias de microbios. Devemos lavar as mãos antes de comer e depois de ir ao casa de banho.

Rita

Maria de Fátima Silva dos Anjos

Sabes a importância de lavar as tuas mãos?

A lavagem das mãos é, sem dúvida, a rotina mais simples, mais eficaz, e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções, devendo ser praticada por todas as pessoas, sempre ao iniciar e ao término de uma tarefa.



Lavar as mãos corretamente, além de prevenir uma série de doenças transmissíveis é considerado o princípio básico da higiene pessoal.

Quando devemos lavar as mãos?

- Após mexer nos cabelos, rosto ou roupas;
- Após mexer no lixo;
- Antes e após de utilizar a casa-de-banho;
- Após coçar ou assoar o nariz, cobrir a boca para espirrar ou manusear dinheiro;
- Antes de comer, beber, manusear alimentos e fumar.



O porquê das pessoas não lavarem as mãos?

Alguns motivos apresentados para não lavarem as mãos com a frequência desejada:

- indisponibilidade;
- as mãos ficam ressequidas;
- as mãos não parecem sujas;
- os lavatórios não estão próximas;
- falta papel ou toalha;
- leva muito tempo;

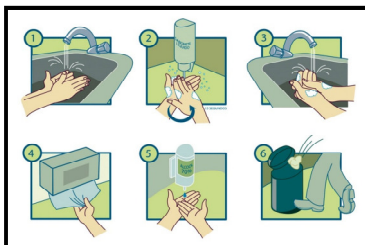


Como lavar as mãos

1. Retirar anéis, pulseiras e relógios;
2. Abrir a torneira e molhar as mãos sem as encostar ao lavatório;
3. O sabão deve ser, de preferência, líquido e hipoalergênico;
4. Usar a quantidade de sabão suficiente para que a espuma cubra toda a superfície das mãos.



5. Ensaboar as mãos friccionando-as.
6. Friccionar a palma, o dorso das mãos com movimentos circulares, espaços interdigitais, articulações, polegar, extremidades dos dedos e punhos (5 movimentos em cada região).
7. Enxaguar as mãos e punhos em água corrente abundante, retirando totalmente o resíduo do sabão.
8. Enxugar as mãos com papel toalha.
9. Fechar a torneira utilizando o papel toalha





CONSIDERAÇÕES FINAIS

As legislações citadas nesta publicação podem ser encontradas no endereço electrónico:

<http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>

A bibliografia e a versão digital deste material encontram-se disponíveis no site da **Anvisa** (www.anvisa.gov.br) / **Áreas de Atuação / Serviços de Saúde / Publicações / Higienização das mãos em serviços de saúde.**

**MUITO OBRIGADO
E
BOA SAÚDE**

**Higienize
suas Mãos**



ANVISA
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Ministério
da Saúde



II.V. FOLHETOS INFORMATIVOS: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS

LAVAGEM DAS MÃOS: é "...como uma fricção breve e enérgica das superfícies ensaboadas, seguida pelo enxaguamento com água abundante." GARNER (1998).

Deve ser efectuada nas seguintes circunstâncias:

- ♦ Ao chegar à instituição, antes de iniciar o serviço;
- ♦ Antes e após examinar ou cuidar de qualquer doente;
- ♦ Antes e após o uso de luvas;
- ♦ Depois de tocar em objectos inanimados que possam estar contaminados;
- ♦ Após o manuseamento de roupas sujas;
- ♦ Antes e após a manipulação de alimentos, medicamentos e materiais contaminados;
- ♦ Antes e após a utilização das instalações sanitárias;
- ♦ Sempre que as mãos estejam visivelmente sujas;
- ♦ Antes da saída do hospital.

Técnica da Lavagem e Desinfecção das Mãos



1

Friccionar as palmas das mãos



2

Friccionar o dorso



3

Friccionar entre os dedos



4

Friccionar a ponta dos dedos



5

Friccionar o polegar



6

Friccionar a ponta dos dedos e a palma das mãos

IPCCS - F.R.E. - C. Controlo da Infecção

Lavagem das mãos

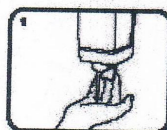
Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).



Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



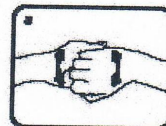
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas e postas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



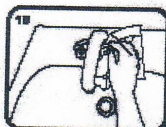
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



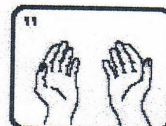
Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalha descartável



Utilize o toalha para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

Anexo 20 do Guia de Implementação



A CNG temu todas as precauções necessárias para fazer a informação contida neste documento. Contudo, o material publicado não se deve considerar uma garantia de qualquer espécie, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material pertence ao leitor. Em nenhuma circunstância a CNG se responsabilizará pelo dano decorrente do seu uso.

ANEXO III: SESSÃO SOBRE DOENÇAS ONCOLÓGICAS

III.I. PLANO DE SESSÃO, p.83

III.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO, p.85

III.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO, p.89

III.IV. DOCUMENTO POWER-POINT: DOENÇAS ONCOLÓGICAS, p.93

III.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	Sessão sobre doenças oncológicas
OBJECTIVO GERAL:	Consciencializar para os riscos decorrentes de uma vida pouco saudável.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Informar os toxicodependentes sobre as doenças oncológicas e sobre os riscos associados, por exemplo, ao consumo de tabaco.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	9 Participantes
DATA:	19 de Março de 2013
LOCAL:	Instituição da Equipa de Rua REDUZ – Terreiro da Erva - Coimbra
TEMPO:	16h30m às 18h30m
METODOLOGIA:	A sessão Oncológica é dinamizada por uma profissional de saúde do IPO de Coimbra que pertence ao Serviço de Radioterapia e exerce a função de Terapeuta de Radioterapia. Esta sessão vai ser centrada nas doenças oncológicas, de transmissão de conhecimento de alguns sintomas que possam indicar e prevenir a doença. Consiste também na partilha e reflexão de experiências ou histórias de vida. Também pretendemos passar a mensagem de que a cura doença oncológica não depende apenas da pessoa doente, enquanto que, no que diz respeito à toxicodependência, muito da cura e do tratamento depende do próprio toxicodependente. Ou seja pretende-se “chocar” e fazer reflectir sobre como estão num patamar superior do que um doente oncológico.
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Computador e projector para visualizar a sessão de informação do tema, em <i>PowerPoint</i> . Cadeiras para os participantes se sentarem.
AValiação:	Questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
Esta actividade tem como objectivo transmitir alguns conhecimentos sobre a doença oncológica. Com esta sessão pretendemos que esta população reflecta sobre o facto de existirem problemas de saúde que são muito difíceis ou até impossíveis de tratar.	16h30m às 18h30m	Esta sessão é realizada na hora em que os utentes estão mais próximos da Instituição. Para o início da sessão vamos sugerir ao público que partilhe alguma situação ou vivência de pessoas com cancro.	Preparação da sala para a apresentação do tema; Apresentação da Profissional de Saúde; O “quebra-gelo” para que o público possa intervir através da partilha de situações e histórias de vida ligadas à doença; Por último, as reflexões e questões que possam pretender colocar à Profissional de Saúde.
DESENVOLVIMENTO		Depois da partilha de histórias de vida e algumas reflexões por parte dos participantes, vamos apresentar em modo de <i>PowerPoint</i> a sessão e ao longo desta vamos estimular o público para intervir.	
CONCLUSÃO		Para dar continuação à reflexão do tema, bem como criar laços com a Profissional de Saúde iremos organizar um lanche.	

III.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11ºº Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

“SESSÃO SOBRE DOENÇAS ONCOLÓGICAS ”

Com este questionário pretendemos avaliar numa escala de avaliação de 1 a 4 valores, as questões A; B; C; D; E; F). A sessão de informação sobre Doenças Oncológicas que foi dinamizada pela Terapeuta de Radioterapia do I.P.O. de Coimbra Dr.^a Carla Bizarro.

QUESTÃO A e F: 1- Nenhum Interesse; 2- Pouco Interesse; 3- Interesse; 4- Muito Interesse.

QUESTÃO B: 1- Nada esclarecido; 2- Pouco Esclarecido; 3- Esclarecido; 4- Muito esclarecido.

QUESTÃO C: 1- Desmotivado; 2- Pouco Motivado; 3- Motivado; 4- Muito Motivado.

QUESTÕES D e E: 1- Nada Adequado; 2- Pouco Adequado; 3- Adequado; 4- Muito Adequado.

Assinala com um **X** a tua opinião.

QUESTÃO	SESSÃO ONCOLÓGICA		1	2	3	4	
A	O tema da sessão despertou-te interesse?	Nenhum Interesse					Muito Interesse
B	O tema foi transmitido com clareza?	Nada Esclarecido					Muito Esclarecido
C	Tiveste vontade de reflectir e partilhar casos de pessoas que sofram da doença oncológica?	Desmotivado					Muito Motivado
D	Os recursos materiais e humanos foram adequados?	Nada Adequado					Muito Adequado

E	O Profissional de Saúde que dinamizou a sessão teve o perfil adequado para transmitir a informação e esclarecer as dúvidas que lhe foram colocadas durante e ao fim da sessão?	Nada Adequado					Muito Adequado
F	Tens interesse que se realize outras sessões de esclarecimento de temas de saúde?	Nenhum Interesse					Muito Interesse

Assinala com um **X** a tua opinião.

NA AVALIAÇÃO QUE REALIZAS DA ACTIVIDADE EM QUE PARTICIPASTE, COMO TE SENTES?			
Muito Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Insatisfeito

Obrigada pela tua colaboração!

III.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	2
40 aos 50 anos	4
50 aos 60 anos	2
Mais de 60 anos	1

SEXO	
Masculino	7
Feminino	2

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	0
Desempregado	2
Desempregado/Beneficiário do RSI	6
Pensionista	1
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	1
5º Ano	0
6º Ano	3
7º Ano	0
8º Ano	1
9º Ano	3
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	1
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	9
Não	0

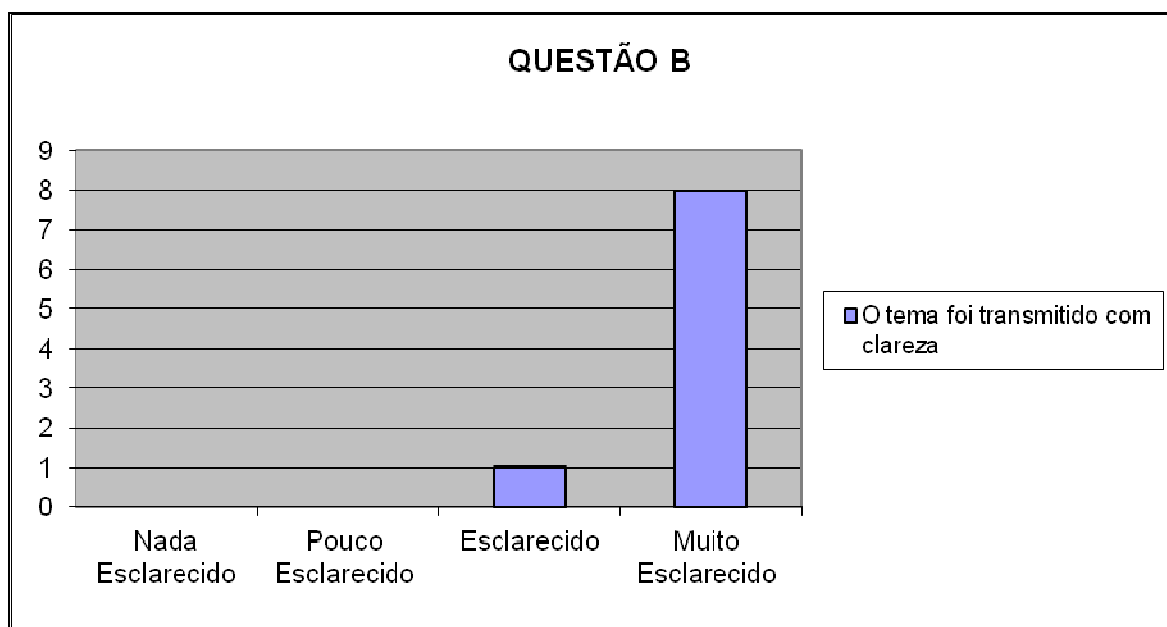
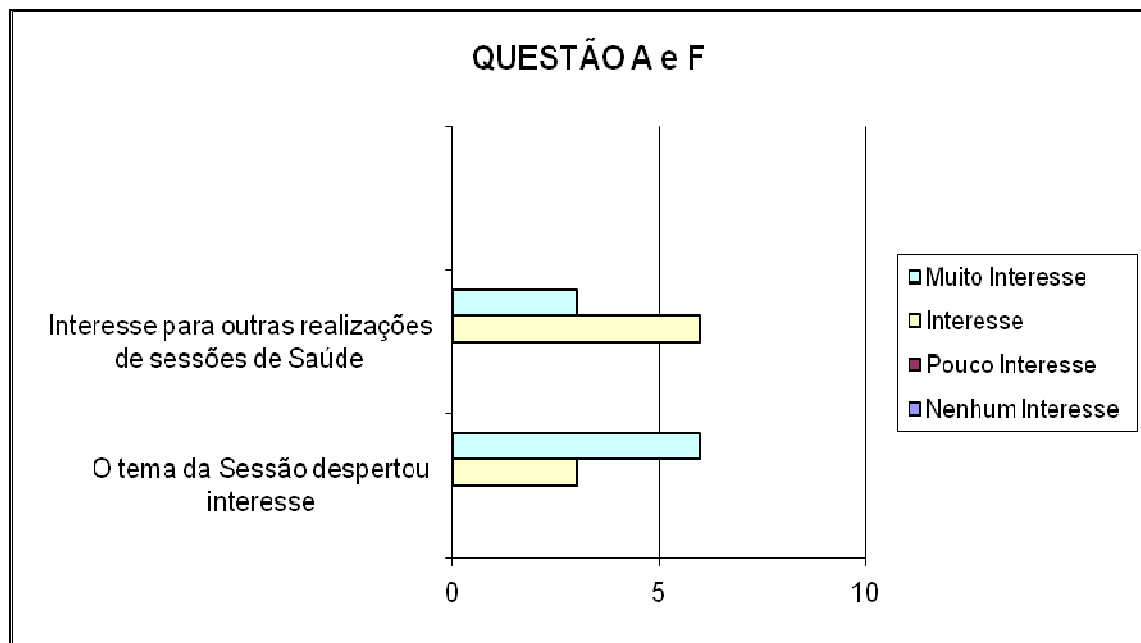
VIVE ONDE?	
Casa de familiares	1
Farol	1
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	3
Casa abandonada	4
Na rua	0

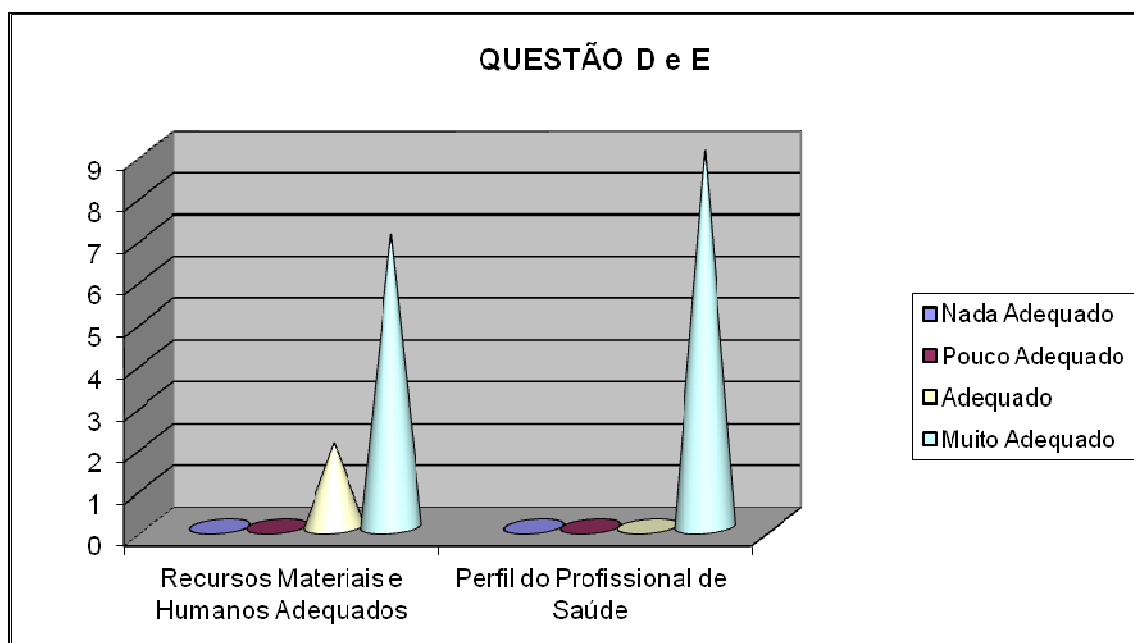
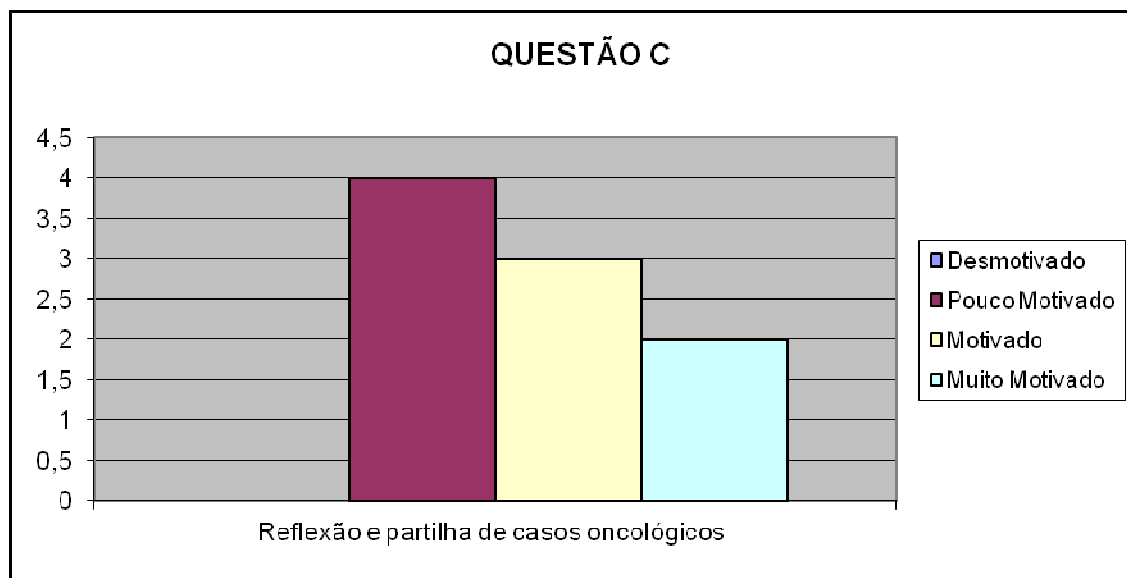
TOXICODEPENDENTE?	
Sim	5
Não	4
Toxicodependente recuperado	0

QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	1
Heroína	0
Cocaína e Heroína	3
Haxixe	1

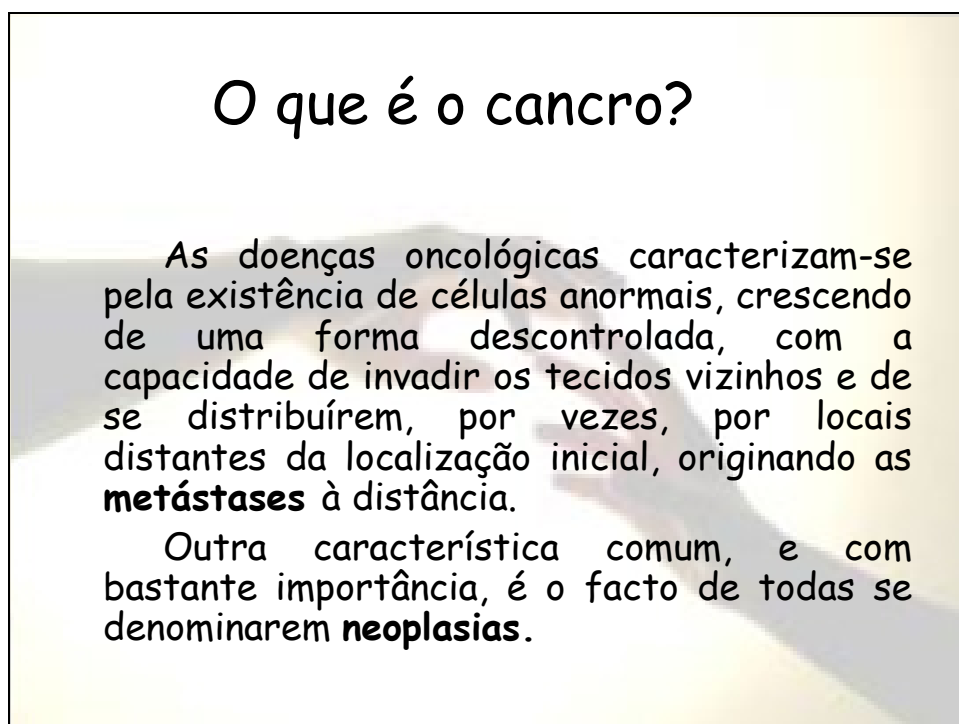
ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	1
Buprenorfina	3
Não	5

ALCOÓLICO?	
Sim	2
Não	7
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0





III.IV. DOCUMENTO POWER-POINT: DOENÇAS ONCOLÓGICAS



• NEOPLASIA

NEOS = novo + PLASIA = crescimento

Proliferação celular anormal.

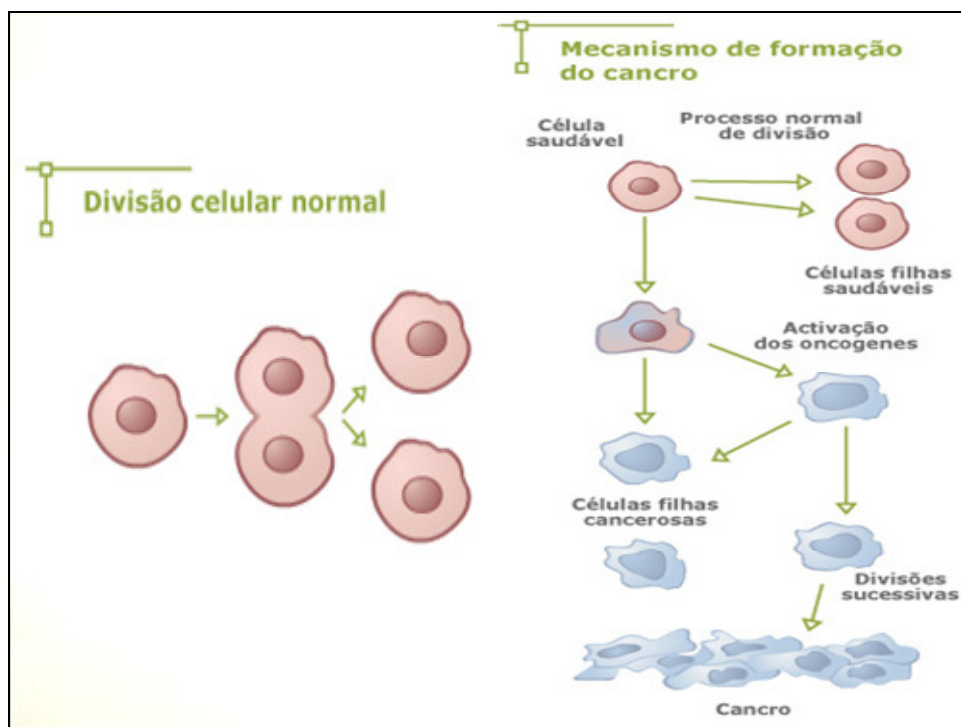
As neoplasias podem ser benignas ou malignas.

Neoplasias benignas não originam metástases.

• METÁSTASE

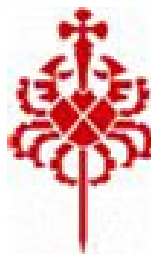
(do grego *metastatis* - mudanças de lugar, transferência) é a formação de uma nova lesão tumoral a partir de outra.

Metástases só se formam em tumores malignos



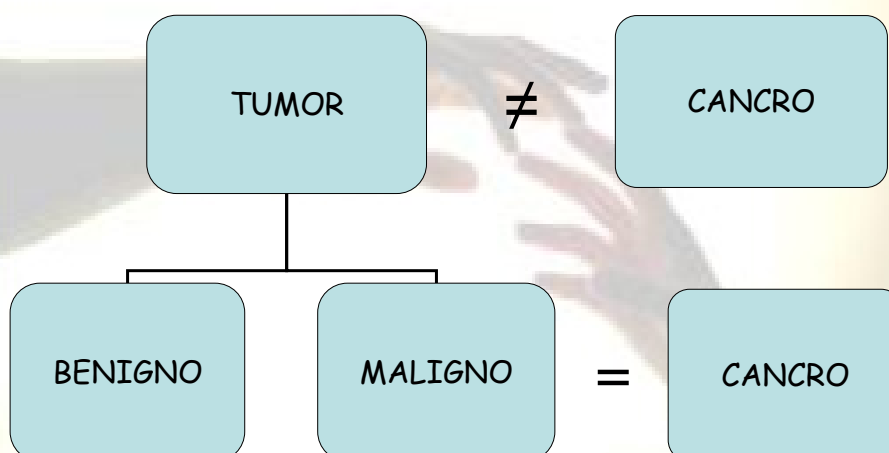
CURIOSIDADE...

- Porque é que se associa o imagem do caranguejo ao cancro?



RESPOSTA: A palavra cancro vem do termo grego "*carcinos*" utilizados (reza a história) pelo "Pai da Medicina" Hipócrates (460-370 A.C.) que significa caranguejo, devido ao aspecto que alguns tumores apresentavam semelhante a esse animal (daí a simbologia).

Nem todos os tumores correspondem a cancro.
Os tumores podem ser benignos ou malignos.



Os tumores benignos **não são** cancro:

- Raramente põem a vida em risco;
- Regra geral, podem ser removidos e, muitas vezes, regridem;
- As células dos tumores benignos não se "espalham", ou seja, não se disseminam para os tecidos em volta ou para outras partes do organismo (**metastização** à distância).

Os tumores malignos **são** cancro:

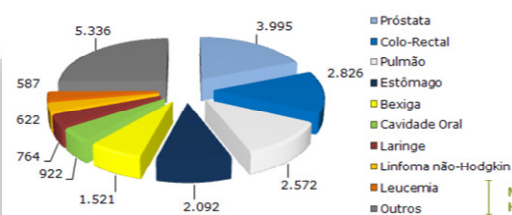
- Regra geral são mais graves que os tumores benignos;
- Podem colocar a vida em risco;
- Podem, muitas vezes, ser removidos, embora possam voltar a crescer;
- As células dos tumores malignos podem invadir e danificar os tecidos e órgãos circundantes libertando-se do tumor primitivo e entrar na corrente sanguínea ou no sistema linfático - este é o processo de **metastização** das células cancerígenas, a partir do cancro primário, formando novos tumores noutros órgãos.

QUADRO SÍNTESE

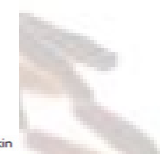
Tumores benignos	Tumores malignos
Não são "cancro"	São "cancro"
Regra geral não põem a vida em risco	Podem pôr a vida em risco
Podem ser removidos (salvo exceções)	Podem ser removidos (salvo exceções)
Muitas vezes regridem	Podem voltar a aparecer ou crescer (recidivas)
As células não metastizam (não há disseminação)	As células podem invadir e danificar os tecidos e órgãos vizinhos, ou ainda, metastizar.

ESTATÍSTICAS EM PORTUGAL

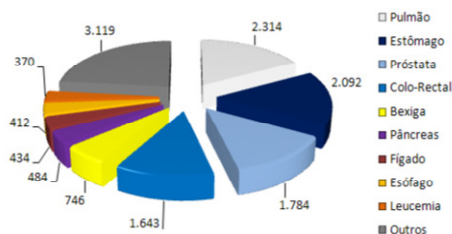
Novos casos de cancro em Portugal
Homens (todas as idades) | N=21.237



Fonte: Globocan 2002, IARC



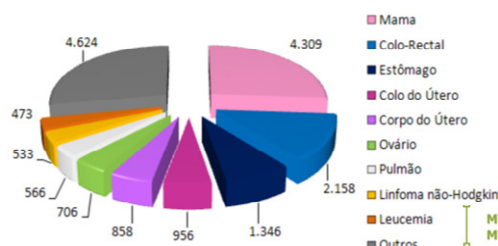
Mortalidade em Portugal
Homens (todas as idades) | N=12.637



Fonte: Globocan 2002, IARC

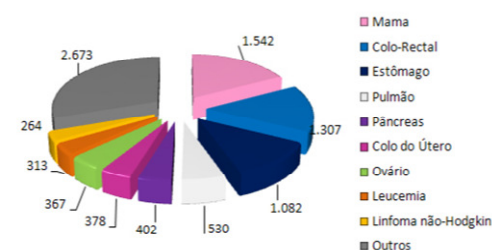
ESTATÍSTICAS EM PORTUGAL ♀

Novos casos de cancro em Portugal
Mulheres (todas as idades) | N=16.529



Fonte: Globocan 2002, IARC

Mortalidade em Portugal
Mulheres (todas as idades) | N=8.858



Fonte: Globocan 2002, IARC

FACTORES DE RISCO

Os factores de risco considerados mais comuns para poder vir a ter cancro, são:

- Idade
- História familiar de cancro
- Determinadas hormonas
- Tabaco
- Luz solar
- Alguns vírus e bactérias
- Radiação ionizante
- Algumas substâncias químicas
- Dieta pouco variada e pobre em frutas e vegetais
- Falta de exercício físico
- Excesso de peso
- Álcool

No entanto, alguns destes factores relacionados com hábitos e estilos de vida podem, claramente, ser evitados (ex: fumar, exposição excessiva ao sol, dieta alimentar, álcool): **está nas nossas mãos fazê-lo!**

SINAIS E SINTOMAS

O cancro pode provocar muitos sintomas diferentes, como por exemplo:

◆ **Modificação da cor, dimensão ou ulceração de uma verruga ou sinal**

◆ **Alteração dos hábitos intestinais ou urinários**

A modificação dos hábitos intestinais, bem como a alteração da cor das fezes, podem implicar a necessidade de "descartar" a existência de cancro do cólon e/ou recto.

◆ **Tosse ou rouquidão persistente**

A tosse ou rouquidão que persiste por mais de duas semanas, e que não desaparece, deverá ser analisada por um otorrinolaringologista. (Se é fumador, deverá ter especial cuidado com este sinal).

SINAIS E SINTOMAS cont.

◆ **Dificuldade em engolir ou má digestão permanente**

Se sentir qualquer tipo de dificuldade em engolir, ou desconforto depois de comer sem motivo aparente, fale de imediato com o seu médico. Pode ter que fazer exames adicionais, para tentar perceber o que se está a passar.

◆ **Feridas que não cicatrizam**

Se houver persistência de uma ferida, na pele ou na boca, que não cicatriza, deverá falar com o seu médico.

◆ **Hemorragia ou corrimento anormal pelos orifícios naturais**

Uma hemorragia vaginal, urinária, anal, pelas fezes, na expectoração, etc., pode ser sinal de uma doença benigna; no entanto, também pode ser consequência de um tumor maligno com origem no útero, vagina, recto, cólon ou pulmão.

◆ **Nódulos ou rigidez persistente na mama ou noutra parte do corpo**

Ainda que a maioria dos nódulos sejam benignos, não devemos descartar a hipótese de se tratar de uma lesão maligna.

SINAIS E SINTOMAS cont.

♦ Dor persistente em algum local do corpo

Deverá estar atento, se sentir dor persistente em algum local do corpo, que não passe, nem mesmo com a administração de medicamentos para a dor, deverá consultar o médico.

♦ Perda de peso não justificada

A perda de peso não justificada, ou seja, sem que faça qualquer dieta, mantendo os mesmos hábitos alimentares e sem aumentar a actividade física, deve ser valorizada e comunicada ao seu médico. Da mesma forma, também deverá comunicar ao seu médico qualquer ganho rápido e anormal de peso, também sem causa aparente.

♦ Sensação de fraqueza

Se apresentar uma estranha sensação de fraqueza ou extremo cansaço, que não tenha motivo ou justificação aparente, fale com o seu médico.

Muitas vezes, estes sintomas não são provocados por um cancro; no entanto, deve falar com o seu médico, para avaliar a situação, de forma a fazer um diagnóstico adequado e precoce.

RASTREIOS

Os exames considerados de "rastreo", nos diferentes tipos de cancro, são:

- **Cancro da mama**
- **Cancro do cólon e recto**
- **Cancro da próstata**

Cancro da mama

A **mamografia** é a melhor forma para detectar o tumor, numa fase inicial.

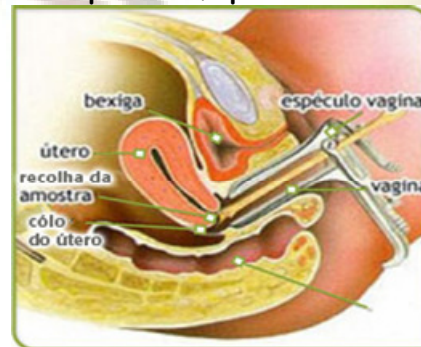
É uma radiografia especial da mama e é recomendável que as mulheres dos 45 aos 69 anos, façam uma mamografia anual, ou de 2 em 2 anos; se tiver risco aumentado para cancro da mama, deve falar com o seu médico, para saber qual a frequência com que deverá fazer a mamografia.

Algumas organizações recomendam o início do rastreio a partir dos 40 anos.

Cancro do colo do útero

O teste de *Papanicolaou*, ou esfregaço do colo do útero ou do cérvix, é usado para observar as células do colo do útero; depois, estas células são observadas, para procurar a possível presença de características pré-malignas ou malignas.

O Papteste deverá ser repetido, pelo menos, uma vez de 3 em 3 anos.



Cancro do cólon e recto

Para detectar a possível presença de pólipos (massas), tumores ou outras alterações no cólon e no recto, a partir dos 50 anos deverá fazer o rastreio; se tiver risco aumentado para ter cancro do cólon e recto, fale com o seu médico, para saber qual a frequência e idade com que deverá fazer os exames de "rastreio".

1. Sangue oculto nas fezes: por vezes, o tumor ou os pólipos sangram; esta análise permite detectar pequenas quantidades de sangue nas fezes.

2. Sigmoidoscopia: recorrendo a um tubo flexível iluminado e com uma câmara na extremidade, chamado sigmoidoscópio, o seu médico irá observar as paredes interiores do recto e a parte baixa do cólon; este exame permite fazer biópsias. Muitas vezes, os pólipos podem ser removidos através deste tubo.



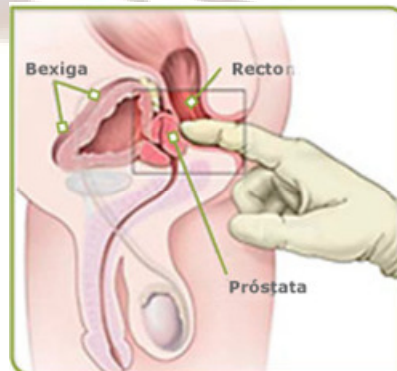
3. Colonoscopia: usando um tubo longo, flexível e iluminado, chamado colonoscópio, cuja luz é transmitida até à ponta distal do aparelho e onde existe uma câmara, que capta a imagem e envia para um monitor, o seu médico pode observar internamente o recto e todo o cólon (direito e esquerdo). Este exame permite fazer biópsias e, regra geral, os pólipos podem ser removidos através deste tubo.



4. Clister opaco de duplo-contraste: este exame radiológico é efectuado por injeção de uma solução de bário, através do recto; em seguida, é bombeado ar para dentro do recto (o bário e o ar melhoram as imagens do cólon e do recto).



5. Toque rectal: regra geral, o exame rectal é parte integrante de um exame físico de rotina. O seu médico, depois de calçar umas luvas, insere um dedo lubrificado no recto: este exame permite detectar se há dor, sangue, alterações no ânus ou na próstata; no entanto, tem a limitação de só permitir examinar a parte inferior do recto.



DETECÇÃO

◇ ANÁLISES

◇ EXAMES IMAGIOLÓGICOS

- RX
- TAC
- ECO
- RADIOISÓTOPOS
- RM
- PET

◇ BIÓPSIA

◇ Análises clínicas ou exames laboratoriais

As análises ao sangue, urina e outros fluidos, podem ajudar o seu médico a fazer o diagnóstico de qualquer situação anormal: permitem demonstrar como é que um determinado órgão está a desempenhar a sua função.

No nosso organismo, há determinadas substâncias que, se nas análises, estiverem aumentadas, podem ser sinal de cancro e são usadas como marcadores tumorais.

♦ Exames imagiológicos

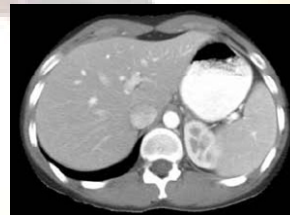
Os exames que recorrem à imagem de determinadas áreas do corpo são muito úteis, pois ajudam o seu médico a detectar a presença de inúmeras situações anómalas, incluindo a possível presença de um tumor.

As imagens podem ser obtidas de diversas formas:

- **Radiografia (raios-X):** forma mais frequente de ver os órgãos e os ossos.



- **TAC (tomografia computadorizada):** através de uma máquina de raios-X, ligada a um computador, são obtidas uma série de imagens detalhadas dos órgãos; para melhor visualização das imagens, pode ser injectado um contraste (corante). A ligação ao computador permite uma visualização mais detalhada dos órgãos internos do nosso corpo.

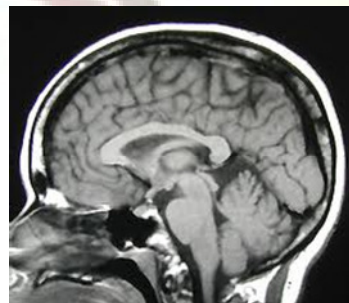


- **Ecografia (ultra-sons):** meio de diagnóstico que utiliza ondas sonoras de alta frequência (os ultra-sons), para produzir imagens dos órgãos internos do nosso corpo.



- **Estudo com radioisótopos:** neste exame, é injectada uma pequena quantidade de substância radioactiva, que entra na corrente sanguínea e vai depositar-se nas áreas de crescimento ósseo anómalo, ou nos órgãos. Através de um *scanner*, a radioactividade é detectada e medida; o *scanner* vai criar a imagem desses ossos e órgãos, num ecrã de computador ou num filme. O nosso organismo elimina rapidamente a substância radioactiva.

- **RM (ressonância magnética):** através de um íman forte, ligado a um computador, são criadas imagens detalhadas de determinadas zonas do corpo. Essas imagens podem, depois, ser vistas num monitor e/ou impressas em filme.



- **Estudo por PET (tomografia por emissão de positrões):** neste exame, é injectada uma pequena quantidade de material radioactivo, cuja "fixação" em determinadas zonas é acompanhada e visualizável. Depois, uma máquina vai "criar" imagens, que revelam a actividade química no organismo e os pontos onde houve "fixação" - regra geral, são zonas onde há elevada actividade celular (ex: células tumorais).



♦ Biópsia

Quase sempre é necessária uma biópsia, para fazer o diagnóstico de cancro.

Uma biópsia consiste na colheita de uma amostra de tecido que, depois, é examinada ao microscópio por um médico especializado - patologista - de um laboratório.

DETECÇÃO CANCRO DA MAMA

http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=rBD4GlgIlpM

TRATAMENTOS

- CIRURGIA
- QUIMIOTERAPIA
- HORMONAL
- IMUNOTERAPIA
- CÉLULAS ESTAMINAIS
- RADIOTERAPIA

CIRURGIA

Na maioria dos casos, o cirurgião remove o tumor e algum tecido em volta ("margens").

A remoção de tecido circundante que esteja livre de células tumorais, pode ajudar a prevenir que o tumor volte a crescer.

O cirurgião pode, também, remover alguns gânglios linfáticos localizados na região do tumor.

QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos, para matar as células cancerígenas. Os fármacos podem ser administrados oralmente, sob a forma de comprimidos, ou através de uma injeção intravenosa (i.v.), na veia. Em qualquer das situações, os fármacos entram na corrente sanguínea e circulam por todo o organismo - terapêutica sistêmica.

A quimioterapia é, geralmente, administrada por ciclos de tratamento, repetidos de acordo com uma regularidade específica, aplicada a cada situação. O tratamento pode ser feito durante um ou mais dias; existe, depois, um período de descanso, para recuperação, que pode ser de vários dias ou mesmo semanas, antes de fazer a próxima sessão de tratamento.

QUIMIOTERAPIA cont.

A quimioterapia afecta tanto as células normais como as cancerígenas.

Os efeitos secundários da quimioterapia dependem, principalmente, dos fármacos e doses utilizadas e afectam, essencialmente, células que se dividem rapidamente, como sejam:

Células do sangue: estas células ajudam a "combater" as infecções, ajudam o sangue a coagular e transportam oxigénio a todas as partes do organismo. Quando as células do sangue são afectadas, havendo diminuição do seu número total em circulação, a pessoa poderá ter maior probabilidade de sofrer infecções, de fazer "nódoas-negras" (hematomas) ou sangrar facilmente, podendo, ainda, sentir-se mais fraca e cansada.

Células dos cabelos/pêlos: a quimioterapia pode provocar a queda do cabelo e pêlos do corpo; no entanto, este efeito é reversível e o cabelo volta a crescer, embora o cabelo novo possa apresentar cor e "textura" diferentes.

Células do aparelho digestivo: a quimioterapia pode causar falta de apetite, náuseas e vômitos, diarreia e feridas na boca e/ou lábios.

HORMONAL

A terapêutica hormonal impede que as células cancerígenas "tenham acesso" às hormonas naturais do nosso organismo, das quais necessitam para se desenvolverem. Se os testes laboratoriais demonstrarem que o cancro tem receptores hormonais, ou seja, que é "positivo para os receptores hormonais", a pessoa poderá receber terapêutica hormonal.

Na terapêutica hormonal são utilizados medicamentos; por outro lado, pode obter-se o mesmo efeito recorrendo a uma cirurgia:

- **Medicamento:** o médico pode sugerir um medicamento que bloqueie a hormona natural do organismo, parando a sua produção ou impedindo que actue.
- **Cirurgia:** se ainda não estiver na menopausa, poderá fazer uma cirurgia, para remoção do órgão produtor, como os ovários.

IMUNOTERAPIA

A imunoterapia, também chamada terapêutica biológica, utiliza a capacidade natural do nosso organismo para combater o cancro, através do sistema imunitário (o sistema de defesa natural do organismo).

A maioria dos tratamentos com imunoterapia, são administrados por via endovenosa, ou seja, através da corrente sanguínea;

Por exemplo, em alguns doentes com cancro da bexiga, é administrada uma solução de BCG, depois da cirurgia; o médico coloca esta solução na bexiga, usando um cateter. A solução contém bactérias vivas "enfraquecidas", que estimulam o sistema imunitário para matar as células cancerígenas.

CÉLULAS ESTAMINAIS

O transplante de células precursoras das células do sangue, ou seja, de células do sangue ainda imaturas e indiferenciadas, permite que a pessoa com cancro receba altas doses de quimioterapia, radiação ou ambas.

Estas doses elevadas, destroem tanto as células cancerígenas como as células normais do sangue, da medula óssea.

Depois do tratamento, o doente recebe células precursora das células do sangue saudáveis, através de um tubo flexível, colocado numa veia grande: novas células do sangue vão desenvolver-se a partir das células estaminais transplantadas.

As células estaminais podem ser colhidas do próprio doente, antes do tratamento com altas doses, ou podem provir de outra pessoa. Neste caso, a pessoa é internada no hospital, para fazer o tratamento.

RADIOTERAPIA

A radioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza radiação ionizante de alta energia, produzida por um acelerador linear ou através de isótopos radioactivos, para o tratamento de lesões benignas (p.ex: quelóides e MAV's) e malignas.

RADIOTERAPIA cont.

O uso de radiação ionizante impede a divisão celular através da alteração do material genético, destruindo a capacidade que as células têm de se multiplicar.

Desta forma, o tumor não se desenvolve e a médio prazo regride, pois as suas células perdem a capacidade de regeneração.

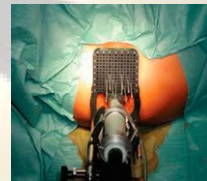
Ao longo do tratamento, as células são que forem afectadas, conseguem recuperar mais facilmente dos danos causados no material genético, isto porque os tratamentos são espaçados ao longo de semanas.

RADIOTERAPIA cont.

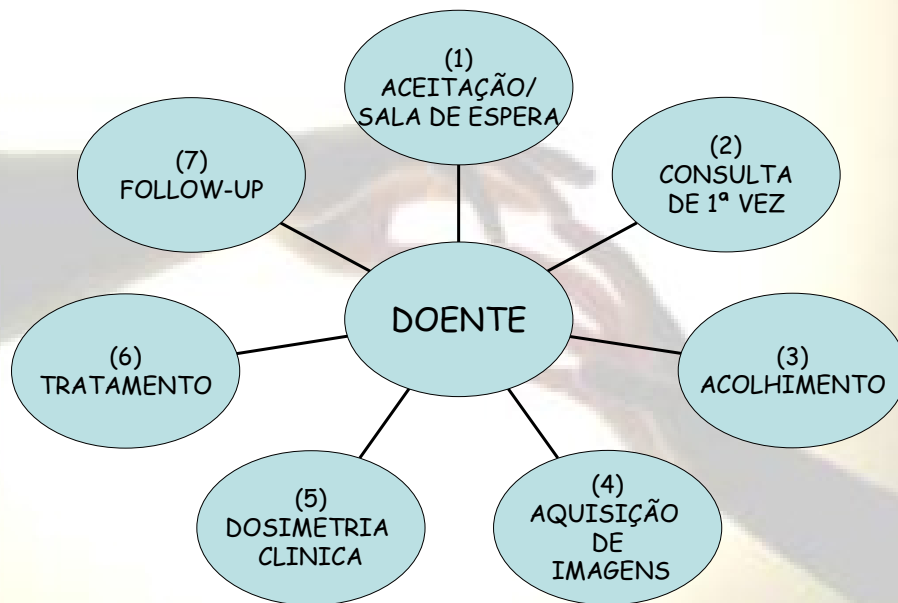
A radioterapia pode ser utilizada com objectivo curativo ou paliativo, ou seja, permite melhorar a qualidade de vida dos doentes.

RADIOTERAPIA

- RT EXTERNA - (a mais utilizada) - o tumor recebe radiação proveniente do exterior do corpo (acelerador)
- BRAQUITERAPIA - é implantado directamente no tumor ou próximo deste



PERCURSO DO DOENTE NA RT



IMAGENS DE SUPORTES DE IMOBILIZAÇÃO

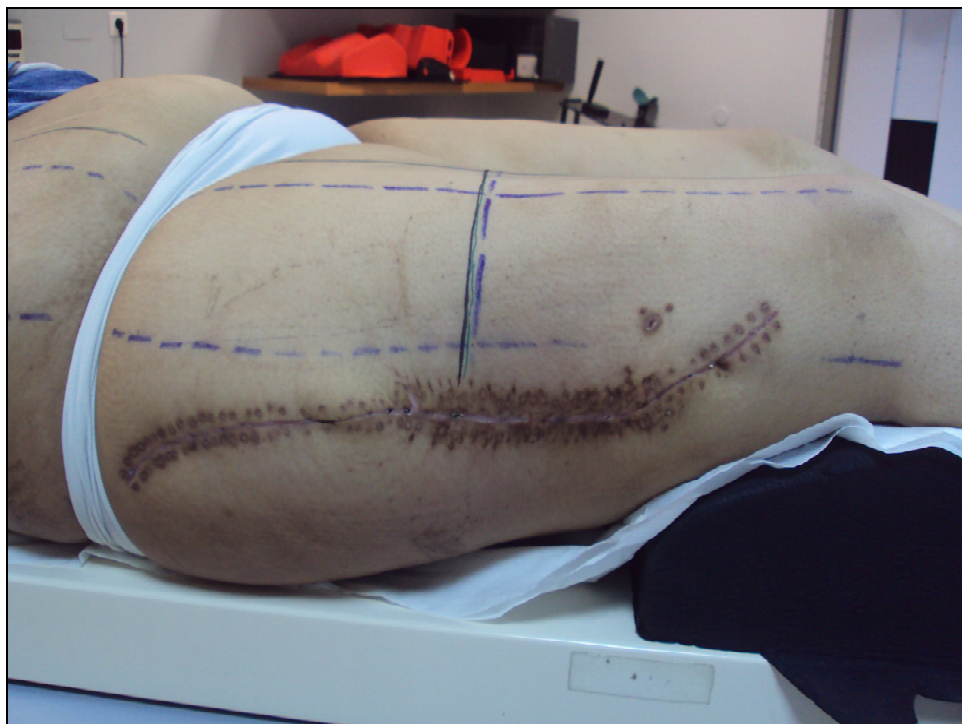












CONCLUSÃO

Nem todos os cancros são visíveis e também não escolhe idade, sexo ou raça.

Não o podemos evitar, é uma realidade, mas podemos preveni-lo através de uma observação atenta do nosso corpo , rastreios, check-up regulares e adoptar um estilo de vida saudável.

FIM

Obrigada pela vossa atenção

ANEXO IV: AULA DE PRIMEIROS SOCORROS

IV.I. PLANO DE SESSÃO, p.125

IV.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO, p.127

IV.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO, p.131

IV.IV. DOCUMENTO WORD: SUPORTE BÁSICO DE VIDA, p.135

IV.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	Aula de Primeiros Socorros
OBJECTIVO GERAL:	Consciencializar para os riscos decorrentes de uma vida pouco saudável
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Ensinar o toxicodependente a actuar em caso de <i>overdose</i> de um dos seus pares; Informar sobre riscos graves decorrentes do consumo.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	5 Participantes
DATA:	25 de Março de 2013
LOCAL:	Instituição da Equipa de Rua REDUZ – Terreiro da Erva - Coimbra
TEMPO:	16h30m às 18h30m
METODOLOGIA:	A aula de Primeiros Socorros vai ser dinamizada por uma Profissional de Saúde que presta serviço de voluntariado numa corporação de Bombeiros. Esta Aula vai ser constituída por duas partes: uma parte teórica, que vai ser uma breve apresentação de dois pósteres sobre o tema, e uma segunda parte, que vai ser prática, com a simulação de acidente e com um boneco para a prática de exercício dos primeiros socorros, até chegar o INEM.
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Computador e projector para visualizar a sessão de informação do tema, em <i>Word</i> . Cadeiras para os participantes se sentarem, 2 bonecos de simulação, toalhetes de desinfeção dos bonecos.
AVALIAÇÃO:	Questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
<p>A aula de primeiros socorros irá ser dinamizada em duas partes: a parte teórica, que aborda o conteúdo importante e algumas medidas que se devem tomar em caso de emergência. Na parte prática, vamos simular com o boneco situações que possam acontecer em caso de acidente, em que seja necessária a intervenção</p> <p>A finalidade desta aula de primeiros socorros para este público-alvo prende-se com a necessidade de socorrerem amigos ou pessoas que estejam em situação de overdose, ou outro tipo de sintomas de mal-estar.</p>	16h30m às 18h30m	Esta actividade tem como interesse o exercício prático, para que os participantes tenham consciência do perigo e dos riscos com que, por vezes, são confrontados, devido ao consumo excessivo de drogas. Caso estejam em situação de perigo, sendo assim, ficam com conhecimentos sobre as medidas a tomar.	<p>Preparação da sala para a apresentação do tema;</p> <p>Apresentação da Profissional de Saúde; O “quebra-gelo” para que o público possa intervir através da partilha de situações; Por último, as reflexões e questões que possam pretender colocar à Profissional de Saúde.</p>
DESENVOLVIMENTO		Ao longo da aula vamos dar mais ênfase ao exercício prático, porque o contacto e o treino com o boneco será muito importante e útil, caso o participante seja confrontado com situações em que tenha que intervir.	
CONCLUSÃO		Para dar continuação à reflexão do tema, bem como criar laços com a Profissional de Saúde, iremos organizar um lanche.	

IV.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11ºº Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

“AULA DE PRIMEIROS SOCORROS”

Neste questionário pretendemos avaliar numa escala de avaliação 1 a 4 valores as questões A, B, C, D, E, F. A aula de Primeiros Socorros que foi dinamizada pela Terapeuta de Radioterapia do I.P.O. de Coimbra Dr.^a Carla Bizarro que também tem formação na área de Primeiros Socorros.

QUESTÃO A: 1- Nenhum Conhecimento; 2- Pouco Conhecimento; 3- Conhecimento; 4- Muito Conhecimento.

QUESTÃO B: 1- Nunca; 2- Poucas Vezes; 3- Algumas Vezes; 4- Muitas Vezes.

QUESTÃO C: 1- Nada Esclarecido; 2-Pouco Esclarecido; 3- Esclarecido; 4- Muito Esclarecido.

QUESTÃO D: 1- Nada Importante; 2- Pouco Importante; 3- Importante; 4- Muito Importante.

QUESTÃO E: 1- Não Corresponde; 2- Correspondeu Pouco; 3- Correspondeu; 4- Correspondeu Muito.

QUESTÃO F: 1- Insatisfeito; 2- Pouco Satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito.

Assina com um **X** a resposta que mais se adequou à tua realidade.

QUESTÃO	AULA DE PRIMEIROS SOCORROS		1	2	3	4	
A	Tens conhecimento de Primeiros Socorros?	Nenhum Conhecimento					Muito Conhecimento
B	Alguma vez tiveste alguma aula ou formação de primeiros socorros?	Nunca					Muitas Vezes

C	Ficaste informado e esclarecido sobre as medidas importantes a serem tomadas em caso de acidente?	Nada Esclarecido					Muito Esclarecido
D	A dinamização da parte prática foi importante para ti?	Nada Importante					Muito Importante
E	A postura do profissional de saúde correspondeu às tuas expectativas?	Não Correspondeu					Correspondeu Muito
F	Houve partilha de opiniões, reflexões, diálogo e questões pertinentes por parte do grupo e formador?	Insatisfeito					Muito Satisfeito

Obrigada pela tua colaboração!

IV.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	2
40 aos 50 anos	3
50 aos 60 anos	0
Mais de 60 anos	0

SEXO	
Masculino	3
Feminino	2

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	0
Desempregado	1
Desempregado/Beneficiário do RSI	4
Pensionista	0
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	1
5º Ano	0
6º Ano	1
7º Ano	0
8º Ano	0
9º Ano	3
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	0
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	5
Não	0

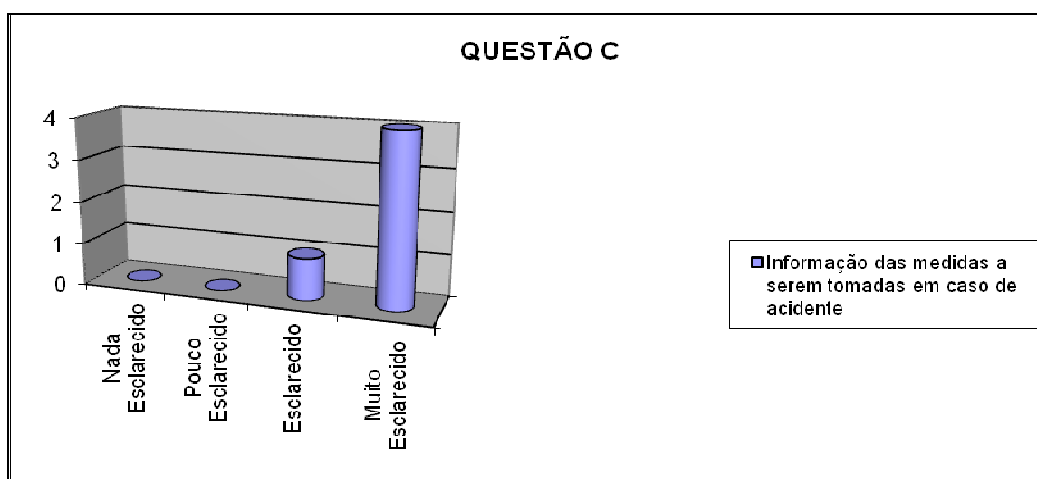
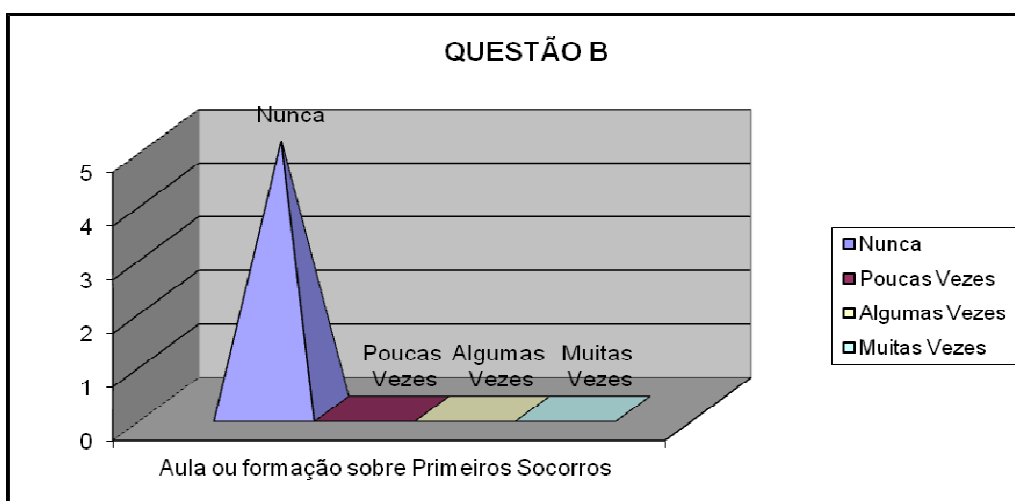
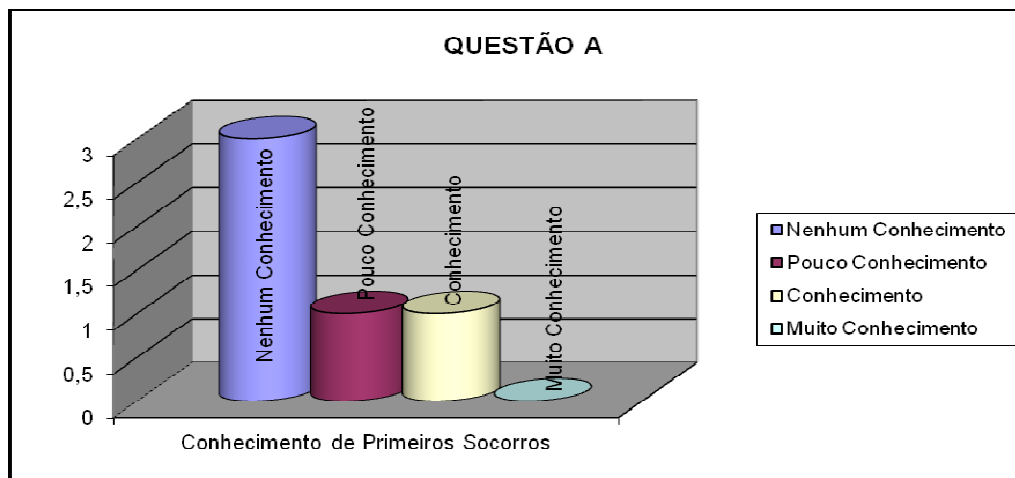
VIVE ONDE?	
Casa de familiares	1
Farol	0
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	2
Casa abandonada	2
Na rua	0

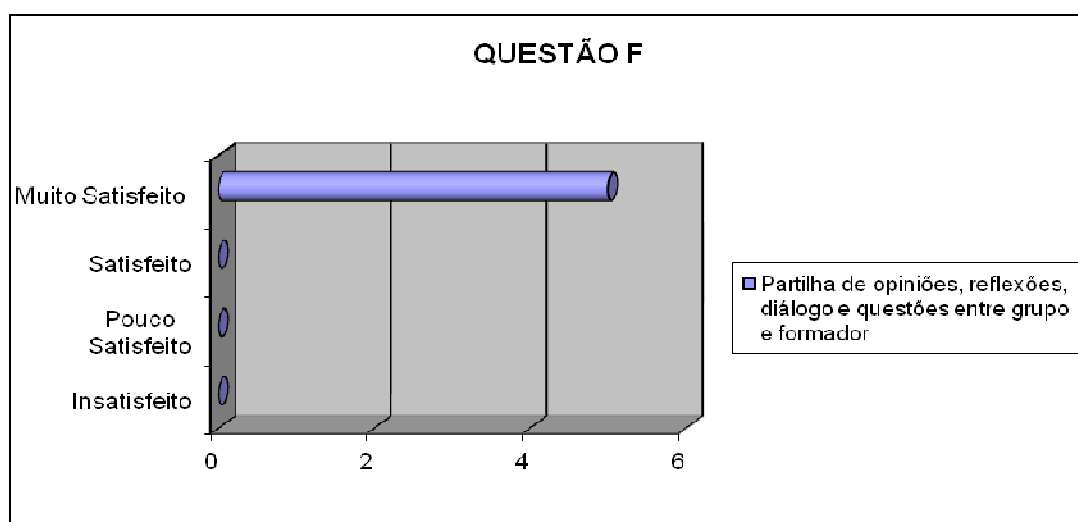
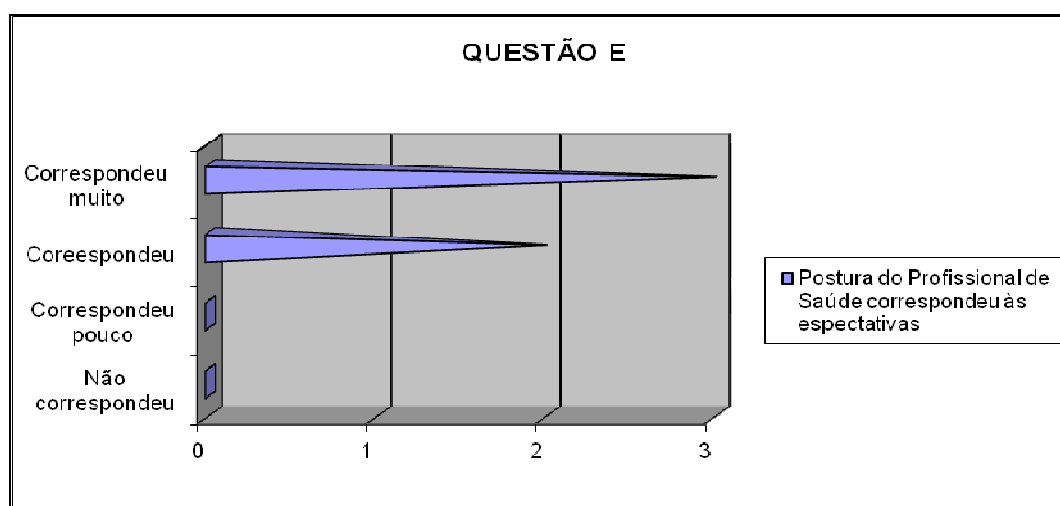
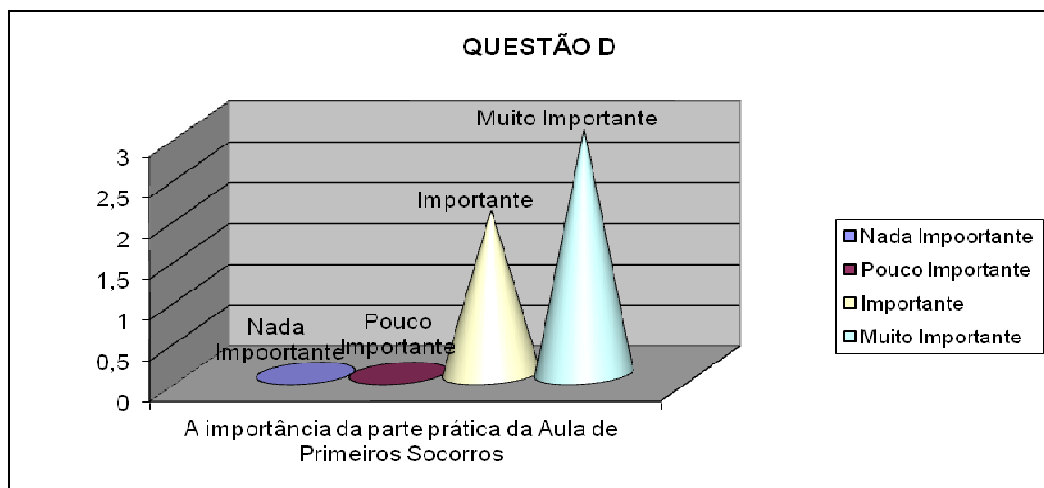
TOXICODEPENDENTE?	
Sim	3
Não	2
Toxicodependente recuperado	0

QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	1
Heroína	0
Cocaína e Heroína	1
Haxixe	1

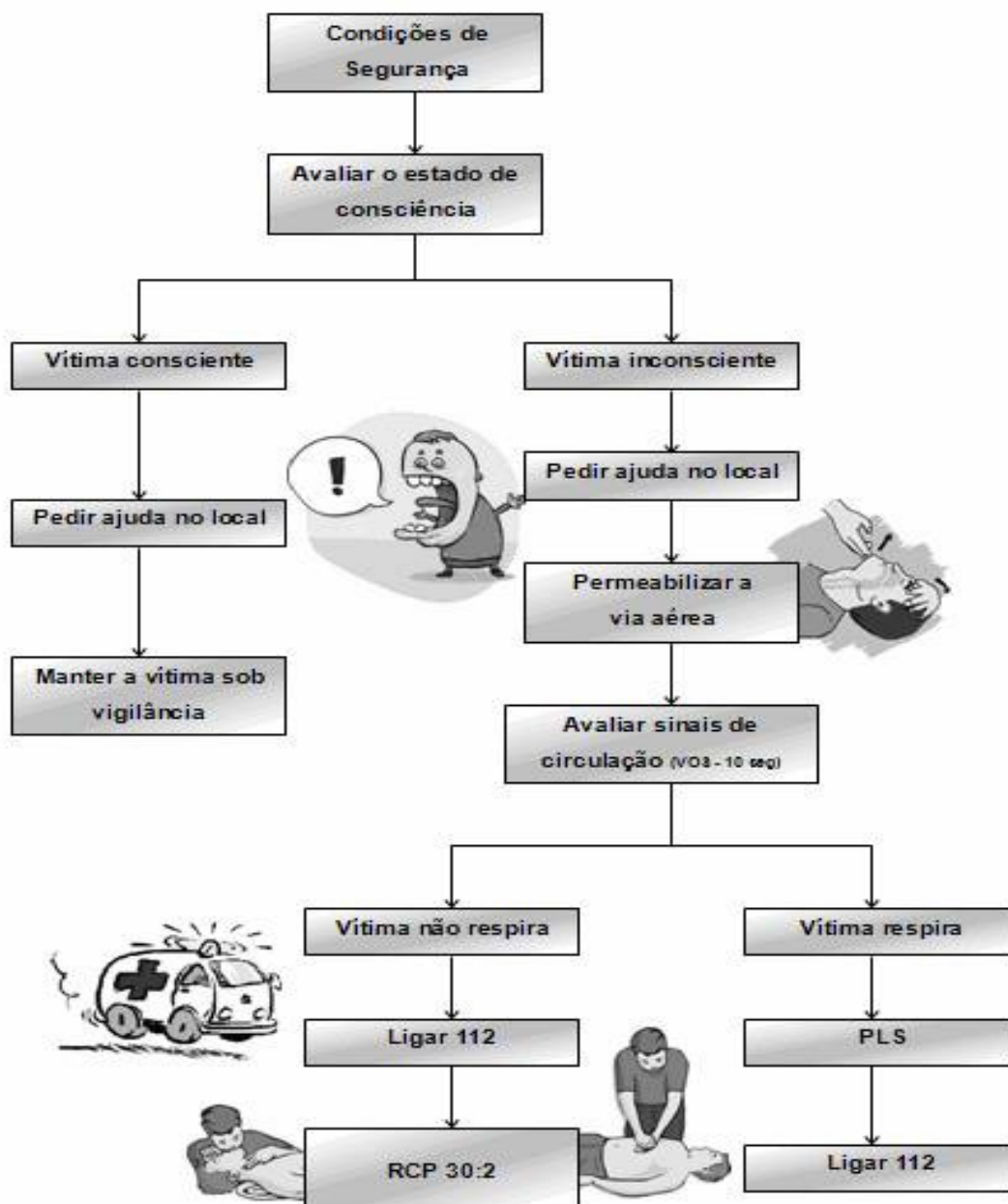
ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	0
Buprenorfina	1
Não	0

ALCOÓLICO?	
Sim	0
Não	5
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0





IV.IV. DOCUMENTO WORD: SUPORTE BÁSICO DE VIDA



* VOS – Ver, Ouvir, Sentir

* PLS – Posição Lateral de Segurança

* RCP – Reanimação Cardio Pulmonar

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO VENTILATÓRIA

O socorrista deve:

VER (os movimentos do tórax e abdómen),

OUVIR (o ar a entrar e a sair das vias respiratórias) e

SENTIR (o ar expirado da vítima),

encostando a sua face ao nariz e boca da vítima.

POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA (PLS)

1. Retirar o relógio e óculos à vítima;
2. Colocar-se de joelhos junto à vítima que deve estar de costas e com as pernas esticadas;
3. Colocar o braço da vítima mais próximo de si, para cima, ao lado da cabeça, com a palma da mão voltada para cima;
4. Segurar na mão contrária e levá-la até à face da vítima, do seu lado, com a palma da mão virada para fora;
5. Com a mão mais próxima das pernas da vítima, segurar a perna mais afastada da vítima, mantendo-a fletida;
6. Virar a vítima para o seu lado;
7. Manter a mão da vítima debaixo da face e a cabeça em extensão;
8. A perna de cima deve ficar fletida de forma a formar um ângulo de 90º.



**Cruz Vermelha
Portuguesa – Escola de
Socorrismo (2006),
Manual de Socorrismo.
Lisboa: Editorial do
Ministério de Educação.**

ANEXO V: TERAPIA PELA ARTE (CONSTRUÇÃO DE DIDGERIDOO)

V.I. PLANO DE SESSÃO, p.139

V.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO, p.141

V.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO, p.147

V.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	Arte Terapia – Construção de DIDGERIDOO
OBJECTIVO GERAL:	Melhorar a imagem que o toxicodependente tem das suas capacidades que desconhece.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Conduzir o toxicodependente à realização bem-sucedida de tarefas que não acreditava ser capaz de concluir.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	4 Participantes
DATA:	15 de Abril e 19 de Abril de 2013
LOCAL:	Instituição da Equipa de Rua REDUZ – Terreiro da Erva - Coimbra
TEMPO:	16h30m às 19h30m – 15 de Abril de 2013 14h00 às 19h00 – 19 de Abril de 2013
METODOLOGIA:	A construção do instrumento didgeridoo vai ser dinamizada por um “entendido” das artes criativas, que colabora com uma associação de didgeridoos. Irá dinamizar a actividade explicando e praticando com os participantes a arte de construir este instrumento de sopro, desde a raiz.
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Mesa, tronco (pau de piteira), espátula de metal cortante (para tirar o “miolo” do interior do pau de piteira), lixa, verniz de madeira, cera de abelha para o bocal, cola de madeira, tintas e pincéis.
AValiação:	Questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
<p>O didgeridoo é um instrumento musical com o qual este público-alvo se identifica. Pretendemos com esta actividade que eles se sintam ocupados, capazes de construir, sejam criativos e que no futuro, quem sabe, possam trabalhar nesta área.</p> <p>Esta actividade será dividida em duas partes: na primeira parte, teremos a presença do dinamizador, que vai ensinar e orientar a construção do instrumento, deixando ao critério do grupo a parte da criatividade da decoração. Por fim, também vai demonstrar a técnica para tocar este instrumento de sopro. Na segunda parte desta actividade, o dinamizador irá sugerir e desafiar ao grupo à construção de raiz de um didgeridoo.</p>	<p>1º dia 16h30 às 19h30</p> <p>2º dia 14h00 às 19h00</p>	<p>Apresentamos ao grupo o dinamizador que irá conduzir a actividade.</p> <p>O dinamizador irá apresentar o instrumento musical e os diferentes materiais com que ele é feito. Também irá fazer uma breve introdução à história deste instrumento e vai estar disponível para ensinar e orientar a construção do didgeridoo.</p>	<p>Apresentação do dinamizador ao grupo;</p> <p>Apresentação do Didgeridoo e da forma como imite o som;</p> <p>Apresentação dos materiais necessários para a construção e decoração do mesmo;</p> <p>Demonstração, na prática, das técnicas como se constrói e decora.</p>
DESENVOLVIMENTO	Ao longo da aula vamos valorizar a parte prática da construção do instrumento musical. Na segunda parte iremos observar a evolução dos adictos em serem capazes e autónomos na construção de um instrumento de raiz, seguindo as indicações que o dinamizador transmitiu.		
CONCLUSÃO	O interesse principal desta actividade será a interacção entre os membros do grupo, promover o trabalho em equipa, a participação activa e a satisfação de terem a oportunidade de entrar em contacto com um instrumento musical alternativo.		

V.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11º Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE “TERAPIA PELA ARTE”

Neste questionário pretendemos avaliar o contacto que os utentes têm com a terapia pela arte, vamos avaliar algumas questões que nos possam fornecer dados de satisfação e motivação no gosto de construir e de aprender a tocar com este instrumento alternativo. Numa escala de avaliação de 1 a 4 valores respondendo às Questões A, B, C, D, E, F.

QUESTÃO A: 1- Nunca; 2- Poucas Vezes; 3- Algumas Vezes; 4- Muitas Vezes.

QUESTÃO B: 1-Nenhum Conhecimento; 2-Pouco Conhecimento; 3-Conhecimento; 4- Muito Conhecimento.

QUESTÃO C: 1- Nenhuma relação; 2- Pouca relação; 3-Relação; 4- Muito relacionado.

QUESTÃO D: 1 - Não Gosto; 2- Gosto Pouco; 3- Gosto; 4- Gosto Muito.

QUESTÃO E: 1- Nada Satisfeito; 2- Pouco Satisfeito; 3- Satisfeito; 4- Muito Satisfeito.

QUESTÃO F: 1- Não pretendo; 2- Pretendo Pouco; 3- Pretendo; 4- Pretendo Muito.

QUESTÃO	TERAPIA PELA ARTE		1	2	3	4	
A	Alguma vez tiveste contacto com este tipo de instrumento – didgeridoo?	Nunca					Muitas Vezes
B	Tens conhecimento de como se construía e como se tocava?	Nenhum Conhecimento					Muito Conhecimento

C	Conheces ou relacionaste com pessoas ligadas a este tipo de arte?	Nenhuma Relação					Muito Relacionado
D	Gostarias que este tipo de instrumento fosse uma ocupação ou futuramente fazer desta arte uma profissão?	Não gosto					Gosto Muito
E	Durante a actividade foram criados laços de simpatia entre os utentes e o dinamizador?	Nada Satisfeito					Muito Satisfeito
F	Gostavas de realizar outra (s) actividade (s) no âmbito desta, para adquirir novos contactos e conhecimentos?	Não Pretendo					Pretendo Muito

1ª INTERVENÇÃO DA ACTIVIDADE: 12/4/2013

Por iniciativa da estagiária, por conhecer uma pessoa envolvida na área de construção destes instrumentos, propôs o desafio ao grupo, uma vez que existem utentes que gostam muito de trabalhos manuais e instrumentos musicais.

Assinala com um **X** a resposta que mais se ajusta à realidade.

ALGUMA VEZ PARTICIPASTE EM ACTIVIDADES DESTE ÂMBITO NA INSTITUIÇÃO?	1ª Vez	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas vezes

Numa escala de avaliação de 1 a 4 valores, avalia a actividade, sendo **1- Insatisfeito; 2- Pouco satisfeito; 3- Satisfeito; 4 Muito satisfeito**. Assinala com um **X** a tua opinião.

GOSTASTE DESTA ACTIVIDADE E DA OPORTUNIDADE DE TERES SIDO UM PARTICIPANTE ACTIVO NA CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO MUSICAL?	1	2	3	4

AVALIAÇÃO E EVOLUÇÃO DA ACTIVIDADE

MÊS DE ABRIL

Pretendemos avaliar numa escala de 1 a 4 valores, a 1ª tarefa que o dinamizador da actividade vos propôs. **1 – Desmotivado; 2- Pouco motivado; 3- Motivado; 4- Muito motivado**. Assinala com um **X** a resposta que se adequou à realidade.

DIA 15 DE ABRIL DE 2013

DECORAÇÃO DO DIDGERIDOO 1ª Tarefa proposta pelo dinamizador	1	2	3	4

Pretendemos avaliar numa escala de 1 a 4 valores, a 2ª tarefa que o dinamizador vos propôs. **1-Não Cumpre; 2- Cumpre pouco; 3- Cumpre; 4- Cumpre muito**. Assinala com um **X** a resposta que se adequou à realidade.

DIA 19 DE ABRIL DE 2013

CONSTRUÇÃO DE RAÍZ DO DIDGERIDOO PELOS UTENTES DA EQUIPA DE RUA REDUZ 2ª Tarefa proposta pelo dinamizador	1	2	3	4

Obrigada pela tua colaboração!

V.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	2
40 aos 50 anos	2
50 aos 60 anos	0
Mais de 60 anos	0

SEXO	
Masculino	4
Feminino	0

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	1
Desempregado	3
Desempregado/Beneficiário do RSI	0
Pensionista	0
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	0
5º Ano	0
6º Ano	2
7º Ano	0
8º Ano	1
9º Ano	1
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	0
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	4
Não	0

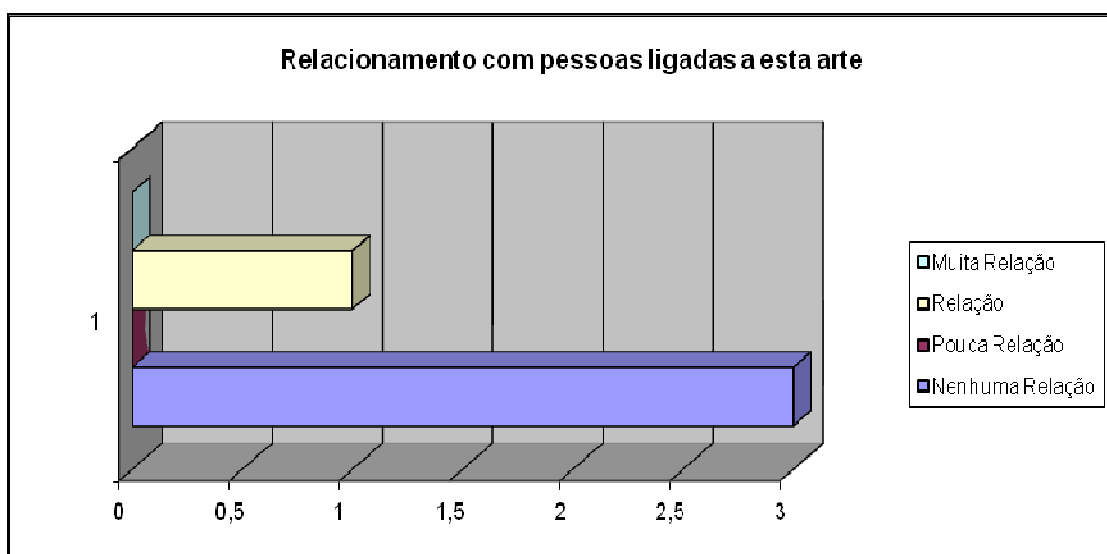
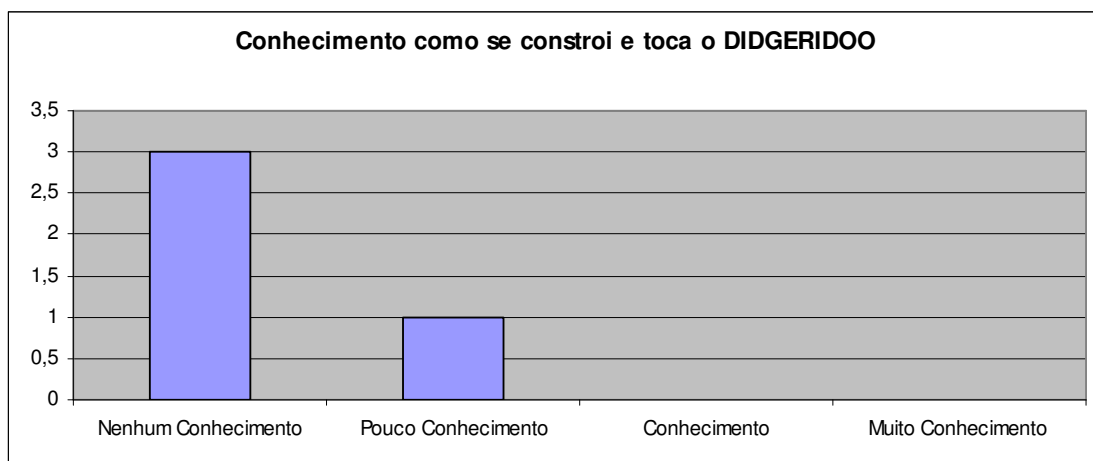
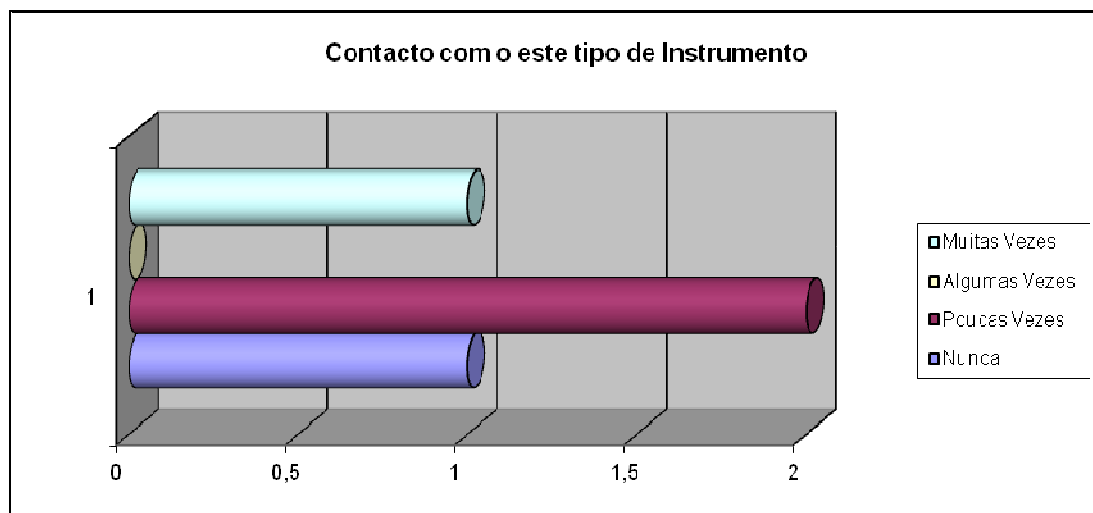
VIVE ONDE?	
Casa de familiares	0
Farol	0
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	1
Casa abandonada	3
Na rua	0

TOXICODEPENDENTE?	
Sim	3
Não	1
Toxicod dependente recuperado	0

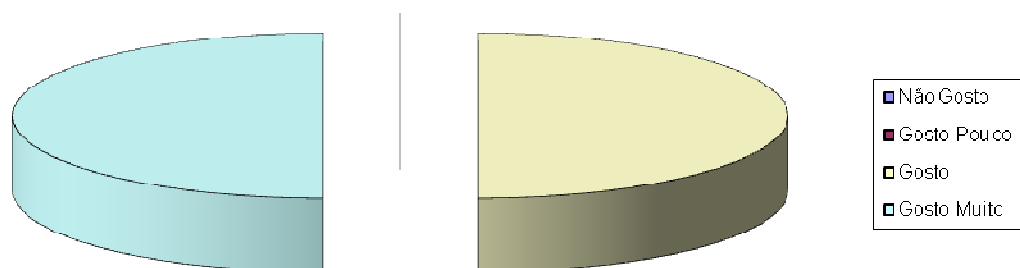
QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	0
Heroína	0
Cocaína e Heroína	2
Haxixe	1

ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	0
Buprenorfina	2
Não	2

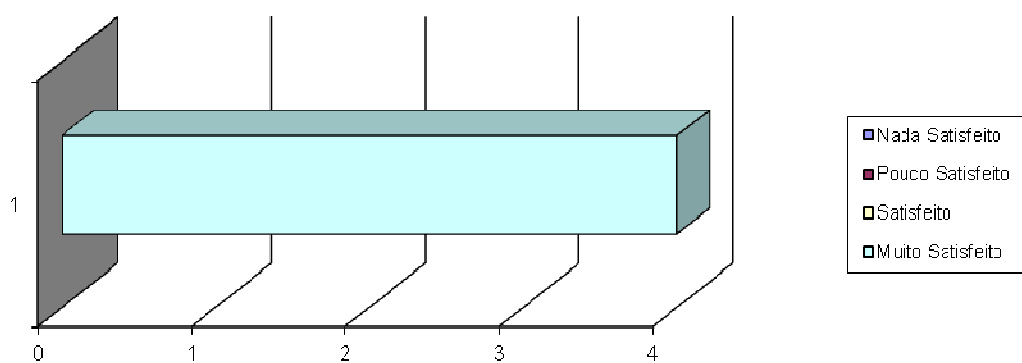
ALCOÓLICO?	
Sim	1
Não	3
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0



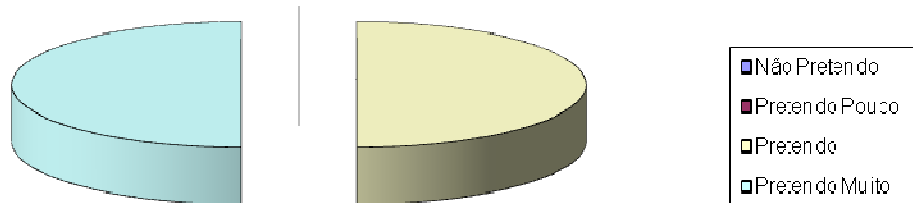
Ter gosto que fosse uma realização profissional nesta área



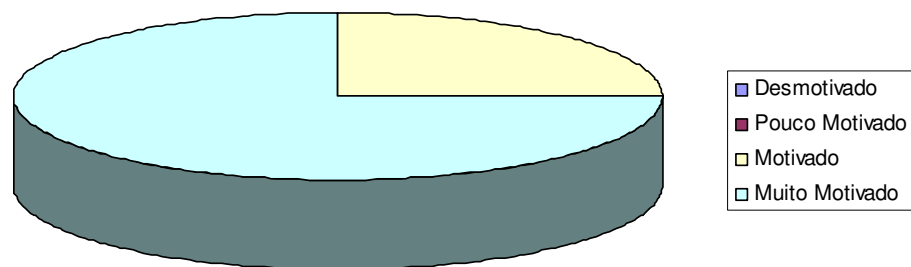
Relacionamento do dinamizador da actividade com os utentes



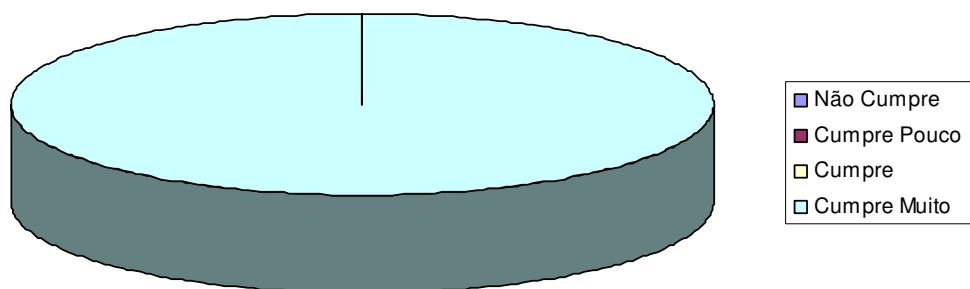
Realização de outras actividades deste âmbito para novos conhecimentos



Decoração do DIDGERIDOO- 1ª Tarefa



Construção de raiz do DIDGERIDOO pelos utentes da Equipa de Rua



ANEXO VI: RECOLHA DE MATERIAIS DE CONSUMO

VI.I. PLANO DE SESSÃO, p.155

VI.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO, p.157

VI.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO, p.161

VI.I. PLANO DE SESSÃO

ACTIVIDADE:	Recolha de seringas nos locais de consumo na baixa de Coimbra
OBJECTIVO GERAL:	Criar hábitos de higiene e limpeza.
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:	Envolver os toxicodependentes na limpeza dos locais de consumo; Mostrar como a limpeza é importante para o bem-estar do toxicodependente e da comunidade que o rodeia.
DESTINATÁRIOS:	Toxicodependentes da Instituição da Equipa de Rua REDUZ
Nº DE PARTICIPANTES:	5 Participantes
DATA:	30 de Abril de 2013
LOCAL:	Locais de consumo na baixa de Coimbra
TEMPO:	14h30m às 16h30m
METODOLOGIA:	A recolha das seringas usadas pelos toxicodependentes é uma tarefa que compete aos profissionais da equipa de rua, quando são realizados giros de rua, por uma questão de saúde pública, de higiene ambiental e limpeza dos espaços. Nesta tarefa, também colaboram e cooperam alguns dos utentes da Instituição junto com os técnicos, estagiários e voluntários.
RECURSOS NECESSÁRIOS:	Recursos humanos, mala de distribuição de material, tenaz para apanhar as seringas do chão, balde para colocar as seringas.
AValiação:	Questionário e conversas informais com os participantes acerca do tema.

ESTRUTURA DA SESSÃO			
INTRODUÇÃO	HORA	CONTEÚDO	DESCRIÇÃO
Esta actividade tem como objectivo levar à colaboração e cooperação dos utentes da Equipa de Rua em algumas das tarefas que se realizam na Instituição. Serve também para os sensibilizar a manter os espaços ambientais limpos. Terá ainda importância, por parte da Estagiária, no conhecimento dos locais de consumo, na baixa de cidade. Será sugerida a participação dos utentes na realização desta tarefa, para que se torne um hábito de rotina, estimulando a cooperação dos utentes sempre que seja necessário fazer giros de rua.	14h30m às 16h30m	Foi através de conversas informais que surgiu a vontade, por parte de alguns utentes, em acompanhar a estagiária para conhecer os locais de consumo. Vamos recolher as seringas, levando o material para proceder à limpeza dos espaços.	Sugerir a colaboração dos utentes para participar nos giros de rua; Com o material necessário para a recolha das seringas nos locais de consumo, vamos proceder à limpeza dos locais, acompanhados por alguns utentes que fazem questão de apresentar os locais de consumo à estagiária.
DESENVOLVIMENTO	Ao longo do percurso das ruas de Coimbra vai se proceder à recolha das seringas abandonadas pelos utentes que consomem drogas injectáveis. Nesta actividade também serão promovidas as relações interpessoais entre os utentes e a estagiária.		
CONCLUSÃO	Vamos regressar à Instituição, à hora marcada e iremos proceder ao registo do número de seringas que são recolhidas no giro de rua.		

VI.II. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Este questionário versa um conjunto de temáticas relativas ao modo como os utentes da Equipa de Rua REDUZ, situada no Terreiro da Erva – Coimbra, participam em actividades no âmbito de Educação para a Saúde de modo a aferir o grau de satisfação, de motivação e participação activa.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade, pois só assim é possível à sua organização apostar numa melhoria contínua para uma melhor qualidade de vida.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é de natureza confidencial. O tratamento deste, por sua vez, é efectuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu anonimato é respeitado.

DADOS PESSOAIS

Assinala com um **X** as respostas dos teus dados pessoais.

IDADE	
20 aos 30 anos	
30 aos 40 anos	
40 aos 50 anos	
50 aos 60 anos	
Mais de 60 anos	

SEXO	
Feminino	
Masculino	

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado/a	
Profissão:	
Desempregado/a	
Beneficiário /a do RSI	
Pensionista	
Frequenta Formação Profissional	

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	
4ª Classe	
5º Ano	
6º Ano	
7º Ano	

8º Ano	
9º Ano	
10º Ano	
11º Ano	
12º Ano	
Licenciatura	
Curso:	

ESTILO DE VIDA

Assinala com um **X** as respostas do teu Estilo de Vida.

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim,	
Com Gestor de Caso?	
Não	

VIVE ONDE?	
Casa de Familiares	
Farol	
Casa Abrigo	
Quarto alugado	
Casa abandonada	
Na rua (sem abrigo)	

TOXICODEPENDENTE	
Sim	
Não	
Toxicodependente recuperado	
Que droga(s) consomes?	
Estás inserido nalgum programa de substituição?	
Sim	
Qual?	
Não	

ALCOÓLICO	
Sim	
Não	
Alcoólico recuperado	
Outros	

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ACTIVIDADE

"RECOLHA DE MATERIAIS DE CONSUMO NA RUA "

Com este questionário pretendemos avaliar o interesse que os utentes sentiram ao realizar a tarefa da recolha de materiais nos locais de consumo, na baixa de Coimbra. Assinala com um **X** a resposta que mais se adequou à tua realidade.

JÁ ALGUMA VEZ TINHAS COLABORADO NESTA TAREFA COM OS TÉCNICOS E ESTAGIÁRIAS DA EQUIPA DE RUA REDUZ?	Sim.	Não.

Qual foi o objectivo que te levou a colaborares nesta tarefa? Assinala com um **X** a tua opinião. Das 4 hipóteses indica a resposta que achares mais importante para ti.

OBJECTIVOS	
Passar o meu tempo.	
Dar a conhecer às estagiárias os locais onde se consome.	
Promover as relações interpessoais com os funcionários da Instituição.	
Cooperar com a Equipa Técnica e as estagiárias na limpeza dos espaços.	

Como te sentiste ao colaborar com os membros da Equipa da Instituição no giro da recolha de seringas usadas nos sítios de consumo? **A – Sem interesse, B – Pouco Interesse, C – Interesse, D – Muito Interesse.** Assinala um **X** na resposta que mais se adequou.

ACTIVIDADE	A	B	C	D
Recolha de Seringas nos locais de consumo				

Voltarias a colaborar com a Equipa nesta tarefa?

ACTIVIDADE	NUNCA	DE VEZ EM QUANDO	SEMPRE
Recolha de Seringas nos locais de consumo			

Obrigada pela tua colaboração!

VI.III. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

IDADE	
20 aos 30 anos	0
30 aos 40 anos	2
40 aos 50 anos	1
50 aos 60 anos	2
Mais de 60 anos	0

SEXO	
Masculino	4
Feminino	1

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	
Empregado	0
Desempregado	0
Desempregado/Beneficiário do RSI	4
Pensionista	1
Frequenta Formação Profissional	0

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	
Sabe ler e escrever	0
4ª Classe	0
5º Ano	0
6º Ano	2
7º Ano	0
8º Ano	0
9º Ano	2
10º Ano	0
11º Ano	0
12º Ano	1
Licenciatura	0

ESTILO DE VIDA

UTENTE DA INSTITUIÇÃO	
Sim, com gestor de caso	5
Não	0

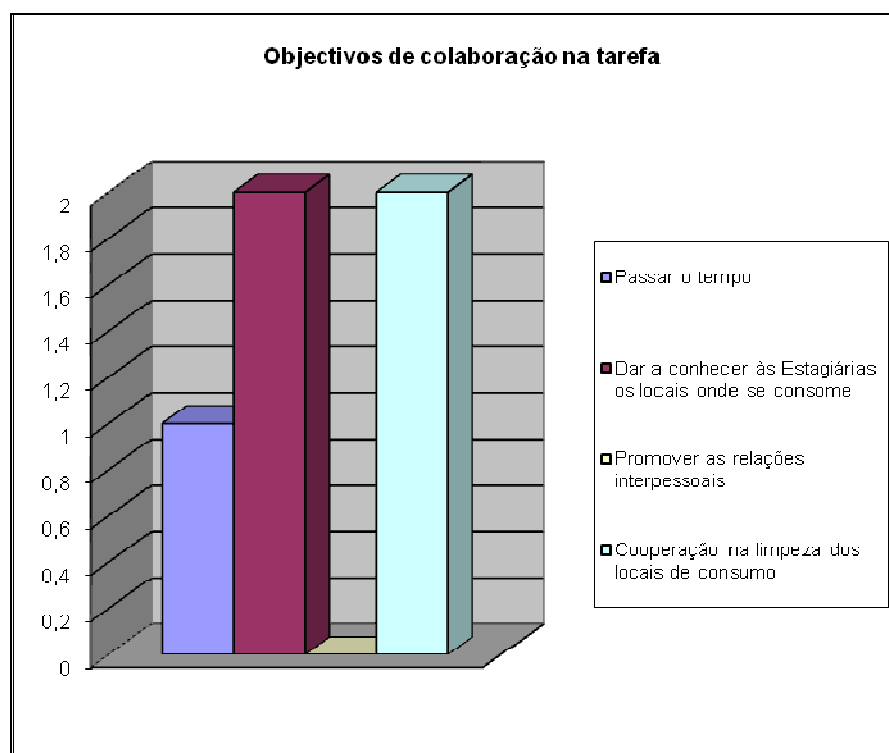
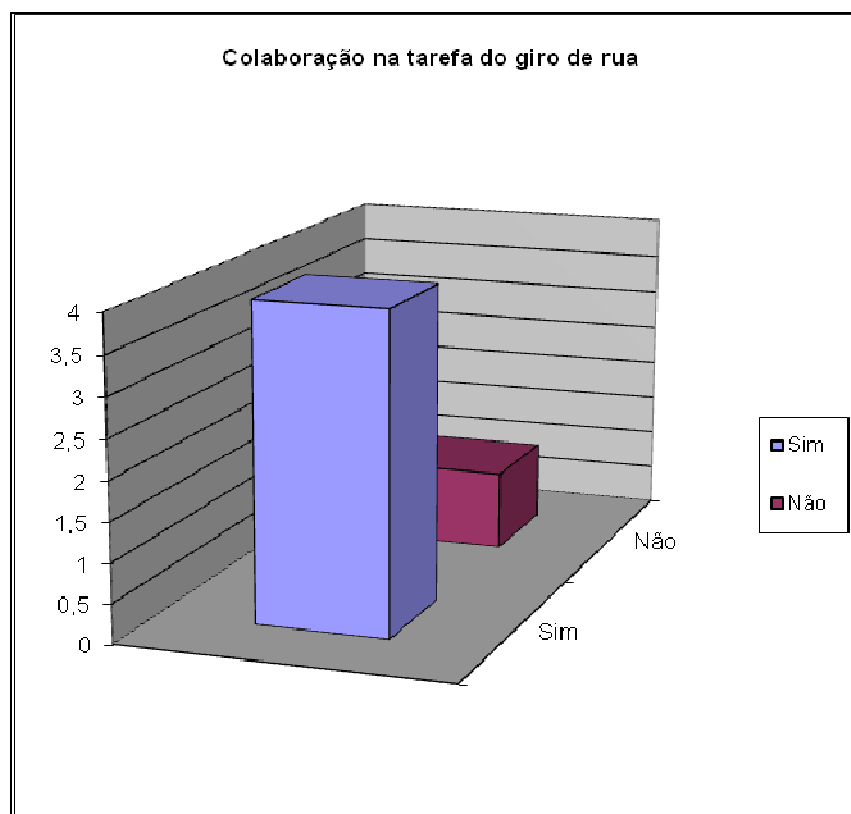
VIVE ONDE?	
Casa de familiares	0
Farol	1
Casa Abrigo	0
Quarto alugado	1
Casa abandonada	3
Na rua	0

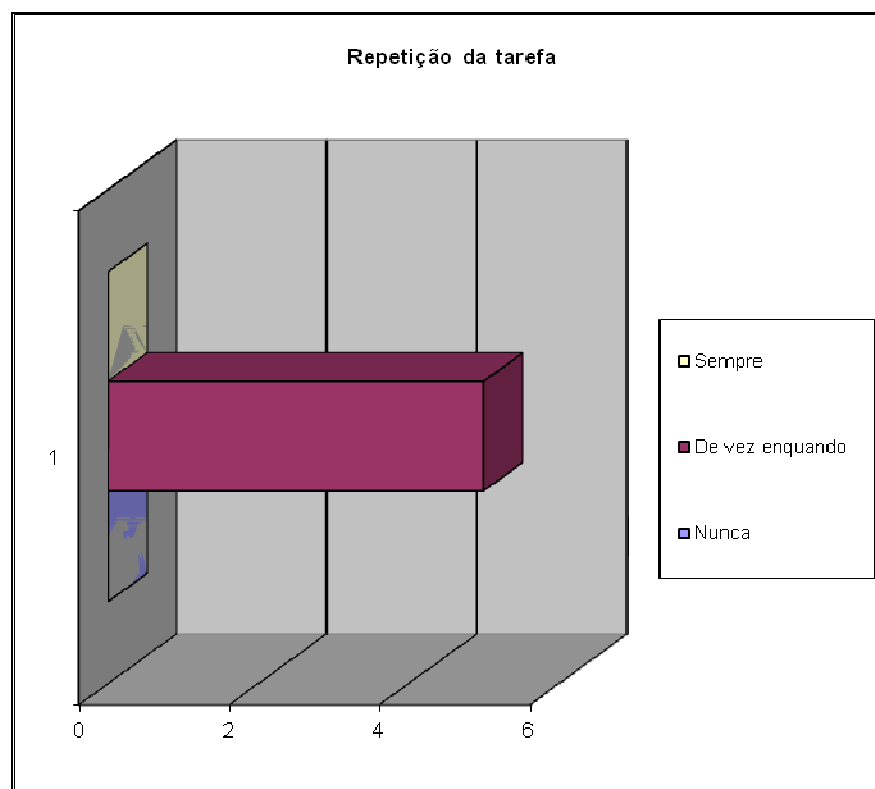
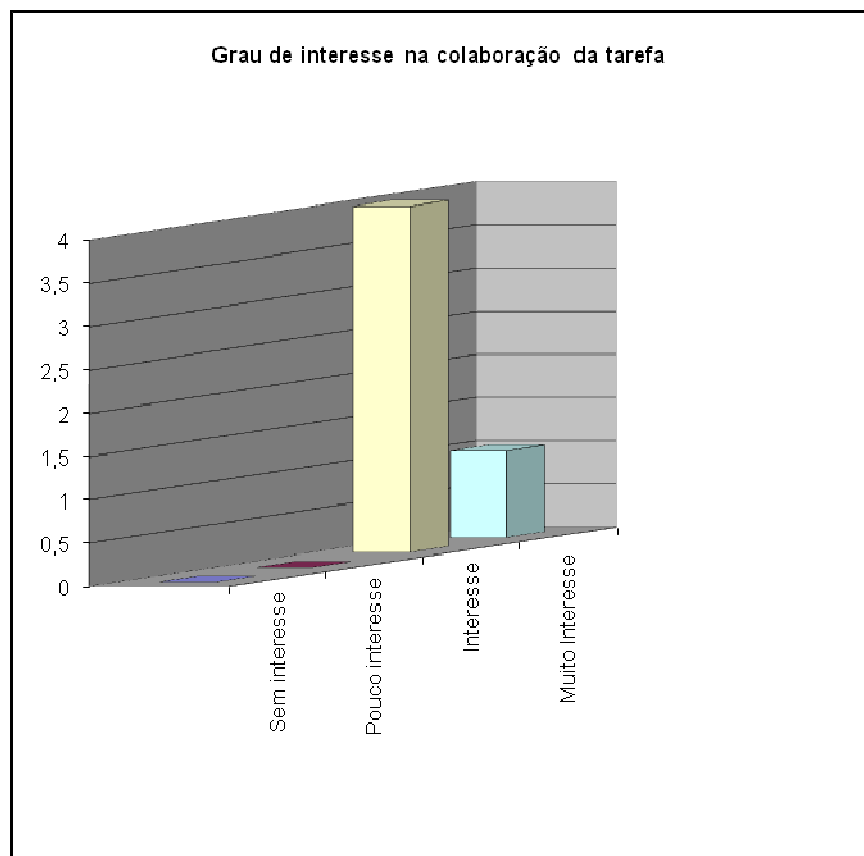
TOXICODEPENDENTE?	
Sim	2
Não	2
Toxicodependente recuperado	1

QUE DROGAS CONSOMES?	
Cocaína	1
Heroína	0
Cocaína e Heroína	1
Haxixe	0

ESTÁS INSERIDO NALGUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO?	
Metadona	1
Buprenorfina	0
Não	0

ALCOÓLICO?	
Sim	2
Não	3
Alcoólico Recuperado	0
Outros	0





ANEXO VII: ENTREVISTAS

VII.I. GUIÃO DE ENTREVISTA, p.167

VII.II. ENTREVISTA AO DR. JOSÉ MOTA, p.169

VII.III. ENTREVISTA À DR.^a PATRÍCIA PINTO E À DR.^a MARTA SANTOS, p.175

VIII.I. GUIÃO DE ENTREVISTA

Objectivo geral: Identificar as funções do educador para a saúde numa instituição de redução de danos

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIA	QUESTÕES ORIENTADORAS
Identificar problemas e necessidades nos actuais planos de redução de danos	Problemas e necessidades da redução de danos	Que problemas ou falhas encontra no trabalho desenvolvido por esta instituição, que poderiam ser corrigidos?
Identificar potenciais funções do educador na redução de danos e promoção da saúde do toxicodependente	Papel do educador para a saúde na instituição	Que contributo poderia dar o educador para a saúde para o sucesso do trabalho da instituição?
Delimitar as funções do educador em relação ao trabalho dos restantes profissionais	Funções do educador na equipa de redução de danos	De que forma o educador para a saúde poderia ajudar ou prejudicar o seu trabalho em específico?

VII.II. ENTREVISTA AO DR. JOSÉ MOTA (ANIMADOR SOCIAL)

1ª QUESTÃO: Que problemas ou falhas encontra no trabalho desenvolvido por esta situação que poderiam ser corrigidos?

DR. JOSÉ MOTA: O único problema mesmo é a falta de pessoal, os técnicos que aqui trabalham são muito autónomos. Não tenho nada a dizer daqui, toda a gente pode fazer as coisas á sua maneira e fazer o melhor que pode e que sabe, o que faz falta efectivamente é o pessoal, temos boas condições de trabalho e todos os meios técnicos, os recursos humanos excelentes também, falta é a quantidade e não a qualidade, 5 pessoas neste momento é pouca gente, temos que estar aqui em esforços quase sobre-humanos para cumprir com trabalho que com mais 1 ou 2 pessoas seriam bem preenchidos, não havia necessidade de andarmos aqui e tu estiveste cá e sabes muito bem como as coisas são, que qualquer pessoa que aqui trabalha faz mais do que aquilo que lhe é pedido ou do que assinam no contrato, as pessoas acabam por ter que dar mais do que seria travado simplesmente para conseguir estar em todo o lado ao mesmo tempo, porque não é fácil, o principal problema é a falta de pessoal, basicamente é a única coisa q há a dizer na 1ª questão.

2ª QUESTÃO: Que contributo poderia dar o educador para a saúde para o sucesso do trabalho da instituição?

DR. JOSÉ MOTA: Eu acho que aqui não é o contributo que poderia dar, mas sim o contributo que dá, portanto isto mais do que sermos profissionais, passa mais pela vertente humana, e como tanta gente me tem dito pela avaliação do meu trabalho, nem sabem como é que eu trabalho directamente na área mas como têm dito também que quem não está nisto por vocação, também pouco tempo se aguentava aqui, ou gosta mesmo do que faz neste trabalho ou então para fazer o “frete” não desenrasca, acima de tudo o contributo que o educador dá para a saúde é exactamente viver os problemas, saber estar nos problemas e a

solução ser apresentada mais do coração do que do livro, portanto quando uma pessoa acredita nisso, passa essa mensagem e acredita e as pessoas para quem trabalhamos acreditam em nós, e este é que é quase o segredo do sucesso que se possa realizar nesta área, agora todo o resto é claro, quando nos fazemos ouvir isto aqui é como tudo, não é uma autoridade, não somos autoridade nenhuma, as pessoas estão aqui porque querem, só vêm aqui porque querem, nós não podemos obrigar ninguém, não há ninguém que obrigue, acho que as pessoas vêm aqui porque se sentem bem e porque se sentem de certa forma acarinhadas e porque nos aceitam como técnicos que podem contribuir para a melhoria do bem-estar das pessoas, portanto assumem os seus próprios erros, sim senhora, mas com vontade e disponibilidade para ajudar mas é claro que quando uma pessoa não representa uma autoridade na matéria para a pessoa, não é a autoridade repressiva que vai conseguir fazer alguma coisa será mesmo o aconselhamento, e o aconselhamento tem de ser mais dinamizado e de confiança do que propriamente a autoridade e acho que é isto aqui que nós conseguimos fazer e é esse o trabalho que eu tenho sempre feito agora na REDUZ, como se chama. Uma educação pela confiança e pela amizade e acho que isto aqui é que é uma mais-valia do trabalho que fazemos, agora o sucesso, eu acho que sim, que temos tido algum sucesso e eu acredito que muitas vezes as coisas não são tão visíveis e os indicadores também são um problema mas acredito que se não fossemos nós, as coisas seriam bem piores e que alguma coisa tem sido e que há gente muito agradecida e aí é que eu, acima de tudo, não pela representação social que a sociedade em geral não sabe o que é que nós aqui fazemos nem sabe qual é o desenvolvimento das coisas para a evolução que as pessoas têm e quando são acompanhadas por nós, simplesmente vêm aqui uma quantidade de sem-abrigo, toxicodependentes quase a “bambolear” á porta, mas nós sentimos o agradecimento para as pessoas com quem trabalhamos, que temos um trabalho positivo e que as coisas têm andado para a frente e nem sempre é da maneira como nós gostávamos que fosse, é claro, gostávamos de ter respostas imediatas mas temos conseguido ao longo do tempo até umas respostas efectivas e isto é compensador, é reconfortante este trabalho, para quem aqui anda, para quem gosta é bom, sabe bem e as pessoas também nos momentos difíceis têm alguma aversão e é em cima de nós que vêm descarregar as frustrações da vida mas quando os problemas são superados também sabem reconhecer quem os ajudou e quem é que se manteve ao lado deles e quem é que acredita também neles, é esta mais-valia. É o nosso principal papel enquanto educadores para a

saúde e não só. A saúde é também um conceito muito genérico, se pegarmos naquela questão da OMS, é um bem-estar biopsicossocial, eu acho que é exactamente essa vertente de saúde biológica mas é exactamente aí que nós também trabalhamos, na saúde mental e na saúde social, ou seja, na boa integração e na reinserção se é que alguma vez houve alguma inserção anterior das pessoas, seja no mercado de trabalho, seja no grupo de iguais, seja nas relações interpessoais, aqui é que nós fazemos o nosso trabalho, é uma mais valia.

3ª QUESTÃO: De que forma o educador para a saúde poderia ajudar ou prejudicar o seu trabalho em específico?

DR. JOSÉ MOTA: Á bocado tinhas falado na questão do ‘burnout’, é um bocado da resposta á pergunta anterior, que efectivamente se uma pessoa não estiver aqui porque gosta, e eu não estou a dizer que às vezes não saio daqui cansado, porque saio, eu e qualquer outra pessoa, isto tem dias e nem todos os dias uma pessoa acorda bem disposta para o mundo, nós e qualquer outra pessoa. O ‘burnout’ por exemplo, como tinhas mencionado á bocado, acho que passa um bocado, é como eu costumo dizer que quando um dia corre mal, vou para casa, descanso e amanhã as coisas correm melhor. E isto é a minha forma de superar o tal ‘burnout’, que o ‘burnout’ não passa de às vezes um mal descanso, porque principalmente e falando de mim, eu gosto disto, acho que nasci para isto, estou aqui de alma e coração e o que me faz às vezes não me sentir tão bem é mesmo cansaço físico, portanto não tenho aqui grande coisa a dizer, percebo que há pessoas que o cansaço possa prejudicar, acho que é mais o cansaço que poderá prejudicar esta situação, portanto a nossa forma positiva de lidar com as coisas é mais pelo cansaço, isto aqui falando em termos pessoais.

Agora a ajuda é exactamente o oposto, é uma pessoa estar de alma e coração, o cansaço não nos permite estar a tempo inteiro, estarmos a 100% no trabalho e às vezes somos um bocado mais intolerantes com algumas situações que aconteçam, mas por outro lado uma pessoa vem satisfeita e quando as coisas correm em perfeição, anda tudo para o mesmo lado, as coisas acabam por acontecer com naturalidade, acho que é a forma positiva como nós vemos as coisas, a aceitação do outro e de certa forma também de perceber o

certo e o errado, o que separa o certo e o errado, a forma como nós encaramos a vida, sabemos que a posição em que as pessoas para quem trabalhamos também pode ser uma coisa que em qualquer altura poderá acontecer a nós... Acho que é uma forma muito salutar de ver isto, de ver este trabalho que uma pessoa também sentia, e eu também poderia de ser assim, e se fosse assim, o que é eu faria para corrigir a minha acção? E é nesse sentido que eu normalmente lido com as pessoas, não é de uma forma repressiva, não é de uma forma autoritária como já disse anteriormente, é duma forma de compaixão e de me colocar verdadeiramente no lugar do outro, que é uma pessoa saber que por aí não estás a ir no sítio indicado, às vezes é mais a orientação, a orientação de um caminho do que outra coisa qualquer, não é o “Não faças isso” é “Faz antes isto”, portanto é ter uma forma positiva de ver as coisas e não uma forma negativa ou pela negação, não é? Em vez de estarmos a dizer um “Não”, o “Não” é fácil, é mostrarmos os nossos caminhos. Não é estar a dizer “Não, não faças isto”, é “Vai antes por aqui”. Quando uma pessoa apresenta uma alternativa, é mais gratificante e de certa forma também vê as coisas a irem para algum lado, porque simplesmente estarmos parados não é uma solução, é preciso é haver acção, agora também para estar agir de uma forma errada, também não é muito positivo, às vezes é preferível estar parado do que estar a fazer mal, mas é acreditar que uma pessoa está aqui a promover a boa acção e é nesse sentido que se vão fazendo as coisas. Isto de forma vaga, é claro, se eu começasse a explicar agora aqui ao pormenor o que é e o que não é, sabem que nós também trabalhamos aqui várias áreas, desde a justiça á saúde, ao trabalho, á formação, todas estas vertentes, a própria comissão não é, nós também temos aqui situações de satisfação das necessidades básicas, portanto nem sempre podemos dar uma resposta imediata mas nesta questão das necessidades básicas, mas não temos uma resposta efectiva no imediato para nos dar uma alternativa, portanto é eu estar a dizer ‘Ai, não posso”, porque é que uma pessoa não diz “Olha, vai antes ali”, isto dentro desta lógica. Também temos outra vertente dentro do trabalho que é a mediação, também com outros serviços, que é quando os serviços já não acreditam na população que nós acompanhamos e também temos esta vertente que é a comunicação e o fazer acreditar, ou seja, é preciso os serviços também acreditarem neste população para conseguirmos também uma reintegração e uma reinserção eficaz com estas pessoas. Posso dizer que a resposta, tanto das pessoas para quem trabalhamos como dos próprios serviços, tem sido bastantes satisfatórios, não estando aqui agora a querer alongar muito mais as coisas mas acho que

sim, acho que como isto aqui também é muito este o campo, portanto era ao contrário de como eu tinha dito da indução do negativismo que estava nas tuas perguntas, acho que acima de tudo é encarar os problemas ou a solução dos problemas e a forma de estar e o convívio com a nossa população alvo de uma forma positiva, e é assim que nós tentamos e vamos resolvendo os problemas, acima de tudo isso.

VII.III. ENTREVISTA À DR.^a PATRÍCIA PINTO (ANIMADORA SOCIAL) E À DR.^a MARTA SANTOS (ASSISTENTE SOCIAL)

1ª QUESTÃO: Que problemas ou falhas encontra no trabalho desenvolvido por esta situação que poderiam ser corrigidos?

DR.^a PATRÍCIA PINTO E DR.^a MARTA SANTOS: Falta de recursos humanos que continuam dos mesmos serviços do projecto anterior, com menor número de profissionais; ‘burnout’; nível de insegurança (inexistência de profissionais neste âmbito); confusão de papéis dos profissionais; dificuldade de instalar regras e no cumprimento das mesmas por parte da população alvo.

2ª E 3ª QUESTÃO: Que contributo poderia dar o educador para a saúde para o sucesso do trabalho da instituição? De que forma o educador para a saúde poderia ajudar ou prejudicar o seu trabalho em específico?

DR.^a PATRÍCIA PINTO E DR.^a MARTA SANTOS: Todos os técnicos, são no fundo/ ou desempenham o papel de educadores, nomeadamente ao nível da saúde e/ou educação para a saúde, já que o próprio eixo de intervenção (RRMD – Redução de Risco e Minimização de Danos) indica, trabalhamos para a minimização das consequências que advêm do consumo principal endovenoso. Ainda assim, poderão colmatar a vertente prática do projecto ao concretizar acções de sensibilização em termos de rotina diária do consumidor (por exemplo: higiene básica; práticas de injeção menos danosa).

Seria importante destacar parte desta intervenção somente pelo educador social, dado que com a falta de recursos humanos, a equipa tem de se desdobrar em várias responsabilidades. O educador social está apto a intervir nas mais diversas situações, estabelecendo uma relação de proximidade que permite valorizar a importância de cada situação de forma particular, de modo a que cada indivíduo se sinta único e um agente activo. Sendo a equipa técnica constituída por tão poucos profissionais, maioritariamente

de áreas de Psicologia e Serviço Social e estando a cargo destes a gestão de tantos processos de utentes, seria uma mais-valia a integração de um educador social, pois os técnicos acabam como foi dito anteriormente por se desdobrar noutras responsabilidades, o que de certa forma influencia muitas vezes o decorrer do acompanhamento psicossocial do utente.

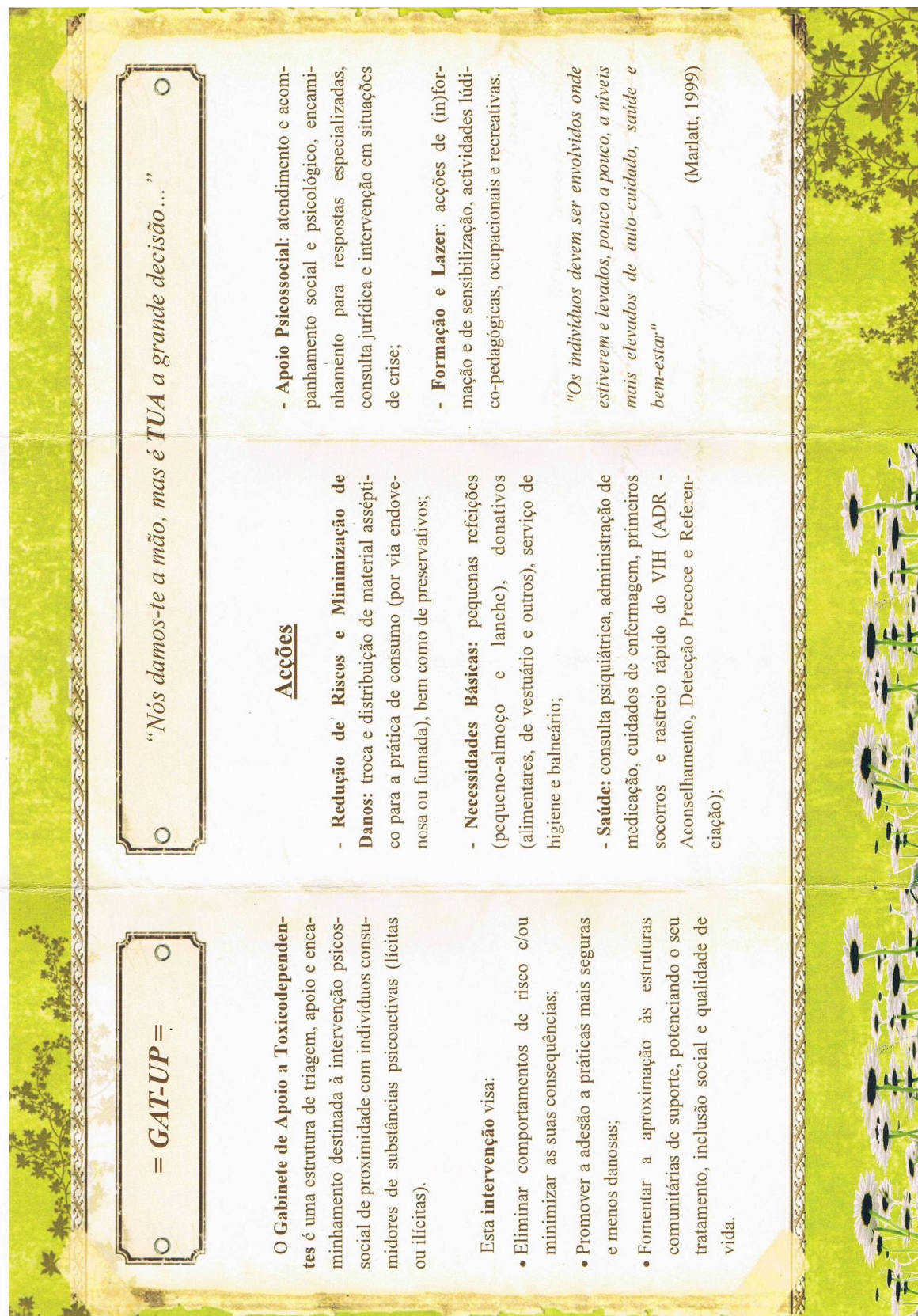
ANEXO VIII: OUTROS ANEXOS

VIII.I. FOLHETO DO PROJECTO GAT-UP, ACTUAL EQUIPA DE RUA REDUZ, p.179

VIII.II. FOTOGRAFIAS DA INSTITUIÇÃO, p.181

VIII.III. FOTOGRAFIAS DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS, p.183

VIII.I. FOLHETO DO PROJECTO GAT-UP, ACTUAL EQUIPA DE RUA REDUZ



Gabinete de Apoio a
Toxicodependentes



GAT-UP



GAT-UP

Terreiro da Erva

Quintal do Prior, nº 7 a 11

3000-153 Coimbra

968 120 429 / 239 855 170

E-mail: gatup@caritascoimbra.pt



Horário do Gabinete de Apoio

Segunda a Sexta-feira:

9h30 - 21h00

Sábado: 16h00 - 21h30

Domingo: 13h00 - 20h00

Horário dos Giros de Rua

Segunda a Sexta-feira:

14h30 - 22h30

Sábado: 21h30 - 23h00

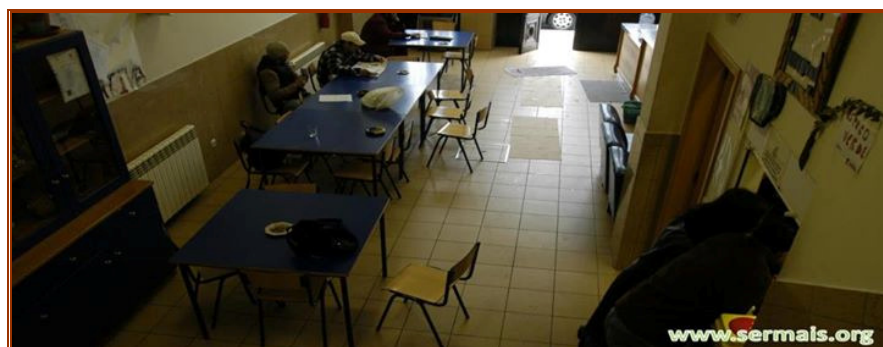
VIII.II. FOTOGRAFIAS DA INSTITUIÇÃO



Terreiro da Erva, Coimbra



Entrada Principal da Equipa de Rua Reduz



Sala de convívio e de actividades dos utentes da Equipa de Rua Reduz

VIII.III. FOTOGRAFIAS DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS



Cenário da actividade *workshop* de alimentação saudável



Cenário da actividade sobre higiene das mãos



Alguns elementos da Equipa Técnica da Equipa de Rua Reduz no gabinete de atendimento ao utente



Técnico da instituição a servir uma pequena refeição a um utente



Didgeridoo construído na primeira actividade com a participação do dinamizador



Didgeridoo construído na actividade sugerida pelo dinamizador pelos elementos do grupo de participação



Locais de consumo na baixa de Coimbra – Antigas Fábricas da Ideal e Triunfo



Kit de seringas: Seringa, toalhete, água, filtro, carga, cítrico, preservativo, folha de alumínio e saco



Contentor de recolha de seringas nos giros de rua

